Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 51. 18. December. 1888.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

35. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Recurrenslähmungen.

Von Dr. *Ph. Schech.*

Eine grössere Anzahl von theils halb- theils doppelseitigen Lähmungen des N. laryng. infer. und der Abductoren, welche ich in den letzten Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, giebt mir Veranlassung, dieselben hier mitzutheilen und dabei auf einige noch weniger bekannte Punkte auf dem so wohl bekannten Gebiete hinzuweisen. Wie bekannt, ist die Prognose der Recurrenslähmungen desshalb oft so schwierig und zweifelhaft, weil man nicht im Stande ist, mit Bestimmtheit die Ursache resp. die schädliche Potenz aufzufinden, welche für die Entstehung der Paralyse verantwortlich gemacht werden muss. Oft kann man nur vermuthen, oft stellt sich erst im weiteren Verlauf die wahre Ursache heraus. Kein Freund von ermüdenden Krankengeschichten will ich die beobachteten 42 Fälle in Kürze von einem gemeinsamen Standpunkte aus mittheilen.

Recurrenslähmungen bei gleichzeitiger Erkrankung der Lunge kamen 7 zur Beobachtung.

In 5 Fällen war der linke Recurrens und die linke Lunge, in 2 Fällen der rechte Recurrens und die rechte Lunge befallen; vier Kranke waren weiblichen, drei männlichen Geschlechtes. In 4 Fällen war die Tuberculose schon seit Jahren zum Stillstande gelangt, das gelähmte Stimmband total atrophisch; bei einer dieser Kranken stellten sich zeitweise beträchtliche Deglutitionsstörungen ein, für die sich keine materielle Ursache nachweisen liess. Bei einer älteren äusserst decrepiden hochfiebernden Frau war die ganze linke Thoraxhälfte eingesunken und das ausgesprochene Bild der Lungenschrumpfung vorhanden; auch zeigte sich entsprechend einer frischen Infiltration der rechten Lungenspitze beträchtliche Schwäche der rechtsseitigen Glottisschliesser. Bei einer zweiten älteren Frau und zwei Männern war die Phthise activ, und starke Dämpfung, Bronchialathmen und Ronchi vorhanden. Um Missverständnissen vorzubeugen, sei hier ausdrücklich erwähnt, dass bei keinem der erwähnten Kranken eine entzündliche Röthung, Schwellung oder ein Ulcus oder sonst etwas vorhanden war, das als mechanisches Hinderniss auf die Bewegung des Stimmbandes hätte einwirken oder eine Lähmung vortäuschen können.

Das Vorkommen einseitiger Recurrenslähmungen bei Tuberculose der Lungen und den damit verwandten Processen ist keineswegs häufig zu nennen; die Annahme, dass ungefähr auf 12 Phthisiker eine Recurrenslähmung komme, scheint mir noch etwas zu hoch gegriffen. In Bezug auf die Pathogenese der Lähmung kommen in Betracht der Druck tuberculös infiltrirter oder käsig entarteter, vereiterter oder verkalkter Bronchialdrüsen, tuberculöse Peribronchitis und Peritracheitis sowie Compression des Recurrens in Folge pleuritischer Schwarten und Schrumpfung der Lungenspitze. Was häufiger ist, ist schwer zu bestimmen, da die pathologischen Untersuchungen über diesen Punkt noch sehr spärlich sind. Soviel erscheint aber sicher, dass ganz besondere anatomische Veränderungen nöthig sind, und dass namentlich die gewöhnlichen Pleuraschwarten und Adhäsionen an der Lungenspitze nicht genügen, den Recurrens leitungsunfähig zu machen. So betont z. B. auch Bäumler (Ueber Recurrenslähmung bei chronischen Lungenaffectionen. Arch. f. klin. Med., 37. Band, 1885), dass namentlich bei den mit starker Bindegewebsneubildung und Schrumpfung, so besonders bei den in Folge von Staubinhalation sich entwickelnden chronischen Lungenkrankheiten Affectionen des linken Recurrens vorkommen. Bäumler bezeichnet die Läsion des Recurrens als chronische indurirende Neuritis, welche entweder von einer chronisch entzündeten Bronchialdrüse in der Nähe des Recurrens ausgeht, oder in Form einer selbständigen wahrscheinlich von den ernährenden Gefässen ausgehenden Entzündung auftritt. Die Prognose dieser Lähmungen ist eine absolut schlechte, wenigstens hat Verfasser bis jetzt noch keine Heilung gesehen.

Recurrenslähmungen in Folge von Struma wurden 10 beobachtet. Bei zwei Männern konnte durch eine energische innerliche Jodcur der Kropf verkleinert und ohne Anwendung der Elektricität die normale Beweglichkeit des gelähmten Stimmbandes wieder hergestellt werden; in 5 anderen Fällen wurde kein Erfolg erzielt. Einer dieser Kranken, ein 25jähriger blühender Mann, Sänger, liess sich eine den linken Recurrens comprimirende Cyste operiren, starb aber an doppelseitiger Fremdkörperpneumonie, die er sich wahrscheinlich durch Aspiration von Erbrochenem während der Narkose zugezogen hatte.

In 3 weiteren Fällen war Struma maligna vorhanden. Der eine Patient, ein 64jähriger Mann, bei welchem sich gleichzeitig ein grosses linksseitiges Pleuraexsudat vorfand, starb plötzlich suffocatorisch; eine 80jährige Frau, bei welcher die durch die Section bestätigte carcinomatöse Struma die linke Trachealwand durchbrochen hatte, starb einige Wochen, nachdem sie einen Theil der die Trachea verengernden Geschwulst ausgehustet hatte, an Marasmus. Bei einem 54jährigen Manne hatte die mannskopfgrosse ungeheuer schnell wachsende Geschwulst den Kehlkopf nicht nur mehrere Centimeter von der Mittellinie des Halses nach links verschoben, sondern auch sogar um seine Axe gedreht. Der Kranke starb einige Wochen nach der Tracheotomie am Hungertod, nachdem nicht einmal mehr mit der dünnsten Sonde Nahrung zugeführt werden konnte und sich ernährende Klystiere als ungenügend erwiesen hatten.

Recurrenslähmungen in Folge von Oesophaguscarcinom wurden viermal beobachtet. In 3 Fällen sass die Neubildung unmittelbar unterhalb des Ringknorpels, in dem dritten Falle etwas tiefer. Die Diagnose konnte umsoweniger einem Zweifel unterliegen, als in allen Fällen die mit der Sonde herausbeförderten Partikeln deutlich die Structur des Epithelialcarcinoms erkennen liessen. In 2 Fällen war das

linke Stimmband complet, das rechte incomplet, in 2 Fällen waren beide complet gelähmt. Der eine dieser Fälle hat noch ganz besonders dadurch Interesse, dass die Entstehung und der Verlauf vom ersten Anfang an verfolgt werden konnte. Als erste Anomalie liess sich eine verringerte Abduction sowie eine trägere Bewegung und geringe Excavatien des linken Stimmbandes bei der Phonation nachweisen; einige Tage später zeigte sich die Abduction noch mehr alterirt; plötzlich stellte sich hochgradige Dyspnoe ein unter dem Bilde der doppelseitigen Abductorenlähmung. Die Medianstellung der Glottis und die Dyspnoe verschwand jedoch schon am anderen Tage, als die Stimmbänder in die Cadaverstellung einrückten. Diese Beobachtung stimmt mit einer früher von mir publicirten (Laryngologische Mittheilungen — Archiv f. klin. Med., XXIII, Bd., p. 152) vollkommen überein.

In 3 Fällen von bösartiger Neubildung der Lunge und des Mediastinum war zweimal auf der einen Seite complete, auf der andern incomplete, in dem dritten Falle rechtseitige complete Recurrenslähmung vorhanden. Da zwei dieser Fälle von anderer Seite publicirt werden, so will ich hier nicht näher auf dieselben eingehen. In dem dritten, einen 42jährigen Mann betreffenden Falle, fand sich eine rechtsseitige Recurrenslähmung, die, wie die Section ergab, einem von der rechten Lunge ausgehenden bis zur Bifurcation der Trachea reichenden Carcinom ihre Entsteüung verdankte; auch fanden sich in der Leber sowie im submucösem Zellgewebe der Haut, der Brust und der Regio epigastrica multiple Krebsknoten.

Recurrenslähmungen in Folge von Aortenaneurysma wurden zwei beobachtet.

Bei dem einen dieser Kranken mit doppelseitiger Lähmung fand sich bei der Section ein colossaler aneurysmatischer Sack der Aorta von ihrem Ursprung bis zu ihrem absteigenden Theile. Bei einer 63jährigen Frau, bei der neben linksseitiger Recurrenslähmung eine mehrere Finger breite mit der Herzdämpfung zusammenhängende Dämpfung auf dem Brustbeine mit dem inneren Theile der linken Clavicula constatirt worden war, zeigten sich bei der Section so complicirte Veränderungen, dass auch post mortem die Aetiologie der Lähmung zweifelhaft blieb. Es fand sich nämlich ausser einer gleichmässigen atheromatösen Erweiterung des Aortenbogens und der A. pulmonalis, sowie Verzerrung und Knickung der von der Aorta ausgehenden Gefässe, eine derbe Adhäsion der mit mehreren verkalkten kleinen Cavernen versehenen geschrumpften linken Lungenspitze und eine etwa kirschengrosse der linken Seite der Trachea und dem Recurrens aufsitzende Kropfcyste mit total verkalkten Wandungen.

In 3 weiteren Fällen konnte nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Aneurysma gestellt werden, da keine objectiven Erscheinungen von Aneurysma vorhanden waren und auch die Kranken zu kurze Zeit beobachtet werden konnten. Alle diese Kranken sind inzwischen gestorben, einer starb plötzlich durch einen Blutsturz und Erstickung, so dass in diesem Falle die Diagnose fast sicher steht.

Ferner kam ein Fall linkseitiger Lähmung zur Beobachtung bei einem 15jährigen Mädchen, bei dem die Stimmstörung im Anschluss an Diphtherie entstanden sein soll; es war bereits Atrophie des Stimmbandes eingetreten.

Ich wende mich nun zu einer Gruppe von Lähmungen, welche rheumatisch-katarrhalischen Einflüssen ihre Entstehung verdanken.

Wie ich in einer früheren Arbeit (Zur Aetiologie der Kehlkopflähmungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. Nr. 8. 1883) betonte, verhielt ich mich gegen diese Art von Recurrenslähmung lange Zeit sehr misstrauisch, bis es auch mir endlich gelang, das Vorkommen solcher Lähmungen zu constatiren. Jetzt, nachdem seit meiner ersten Mittheilung 5 Jahre verflossen sind, kann ich nicht nur die Richtigkeit derselben bestätigen, sondern auch behaupten, dass solche Lähmungen nicht einmal so selten sind, indem ich seitdem 8 weitere solche Fälle beobachtet habe. Ueber die näheren Vorgänge und anatomischen Veränderungen dieser Formen ist noch sehr wenig Sicheres bekannt. Die Heilbarkeit der Lähmung spricht dafür, dass es sich dabei um geringfügige resp. um vorübergehende Läsionen und reparable Störungen handelt. Man unterscheidet bekanntlich nach Gerhardt erstens rheumatische Lähmungen, d. h. solche, welche sofort oder bald nach der Einwirkung von Kälte jedoch ohne entzündliche Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut zu Stande kommen, ähnlich wie die rheumatischen Facialislähmungen, und zweitens katarrhalisch-rheumatische Lähmungen, bei welchen eine katarrhalische Affection der oberen Luftwege der Lähmung vorausging. Bei der ersteren Form glaube ich mit Bestimmtheit annehmen zu dürfen, dass entzündliche Veränderungen des Neurilemms und der Nervensubstanz, Hyperämie und Transsudation von zellenhaltiger Flüssigkeit das anatomische Substrat der Lähmung abgeben. Klinisch lässt sich freilich das Bild der acuten Neuritis selten constatiren; ich habe diesem Punkte in der Anamnese meine besondere Aufmerksamkeit gewidmet, war aber nur in einem Falle so glücklich, zuverlässige Angaben zu erlangen. Der Kranke, ein sehr intelligenter Mann gab an, nachdem er von einer Unterleibsaffection reconvalescent an einem kalten Tage einige Zeit am offenen Fenster gestanden hatte, auf der rechten Halsseite ziemlich starke reissende und ziehende in die rechte Kehlkopfhälfte und die Gegend der rechten Mandel ausstrahlende Schmerzen verspürt zu haben, welche sich nach einigen Stunden verloren und einer tiefen rauhen Stimme Platz machten. Die Lähmung betraf in der That den rechten Recurrens. Dass so selten neuritische Erscheinungen geklagt werden, mag theils in der Unaufmerksamkeit der Patienten, theils auch in dem wirklichen Fehlen solcher Empfindungen seinen Grund haben. Zuweilen finden sich auf der dem gelähmten Stimmband entsprechenden Seite rheumatische Schmerzen der Hals- und Schultermuskeln. Sehr complicirt sind die Verhältnisse bei den katarrhalisch-rheumatischen Lähmungen, d. h. da, wo entzündliche Erscheinungen der eberen Luftwege der Lähmung vorausgingen. Man nahm bisher ziemlich allgemein an, dass der Entzündungsprocess von der Larynxschleimhaut aus die Muskeln ergreife und dass diese durch interstitielle Kernwucherung, seröse Durchfeuchtung functionsunfähig würden, dass also die Lähmung eine myopathische sei. So sehr ich nun geneigt bin, ein solches Verhalten bei Lähmungen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen, z. B. dem oberflächlich liegenden Thyreoarytaenoideus intern. oder dem Transversus zuzugeben, so wenig glaube ich an die Fortsetzung des entzündlichen Processes von der Larynxschleimhaut aus auf alle Muskeln. Auch in diesen Fällen trifft meiner Ansicht nach die Schädlichkeit den Nerven und zwar vom obersten Theile der Trachea aus, welche bei acuten Laryngitiden äusserst häufig theils sogleich, theils später an der Entzündung theilnimmt. Ganz besonders geeignet erscheint die hintere knorpelfreie Wand der Trachea, um entzündliche Processe auf die unmittelbar hinter ihr verlaufenden Recurrentes per contiguitatem fortzupflanzen. Eine die ganze Dicke der hinteren Trachealwand wenn auch nur circumscript ergreifende entzündliche Schwellung, eine Durchfeuchtung des peritrachealen Bindegewebes, ein Bluterguss in oder unter die Schleimhaut, eine consecutive Schwellung einer Lymphdrüse kann durch Druck auf den Recurrens denselben leitungsunfähig machen. Dass diese Ansicht nicht theoretisch construirt ist, mag folgender Fall beweisen.

Einer meiner Kranken, ein Lehrer, wurde um Weihnachten

1887 von Schnupfen, Kratzen im Halse und leichter Belegtheit der Stimme befallen, die ihn aber nicht hinderte, seinem Berufe nachzugehen. Einige Tage später erkrankte er jedoch intensiver mit heftigem Schüttelfrost und Fieber, dem starker Schweissausbruch folgte, unter Schmerzen über dem Sternum, heftigem Kitzel und Hustenreiz und auffallender Verschlechterung der Stimme, auch expectorirte er mehrmals reines Blut. Die Untersuchung der Lunge des ungemein kräftig gebauten Mannes ergab negatives Resultat, dagegen zeigte sich die Larynxschleimhaut wenig, die Trachealschleimhaut intensiv geröthet und geschwellt, ecchymosirt, an den Wandungen einzelne Blutcoagula, das rechte Stimmband complet gelähmt, das linke bei der Phonation leicht excavirt. Der Fall endete wie alle hiehergehörigen methodisch behandelten Fälle mit völliger Genesung, die Lunge zeigte auch weiterhin nicht die geringste Veränderung.

Im Anschlusse an die Mittheilungen über Recurrenslähmungen sei mir gestattet, noch über 4 Fälle von doppelseitiger Posticuslähmung zu referiren, zumal nach den heutigen Anschauungen diese Lähmungen als Theilerscheinungen einer Recurrenserkrankung zu betrachten sind. Auf die Untersuchung der Frage, ob die Medianstellung der Stimmbänder der secundären Contractur der Antagonisten oder einer primären Recurrensreizung ihre Entstehung verdanken, kann hier nicht eingegangen werden.

Die Aetiologie der Posticuslähmungen ist bekanntlich immer noch eine sehr dunkele und vermögen auch die mitzutheilenden Fälle nicht viel Licht zu verbreiten.

Der erste Fall betrifft einen mit einer mittelgrossen Struma behafteten Mann, bei welchem sich die laryngostenotischen Erscheinungen im Anschlusse an eine acute Laryngotracheitis entwickelten. Im Hinblick auf das Obengesagte ist die Möglichkeit, dass der entzündliche Process von der Trachealschleimhaut sich auf die Recurrentes fortsetzte auch in diesem Falle nicht ganz von der Hand zu weisen; wahrscheinlicher aber ist, dass eine durch den heftigen Reizhusten hervorgerufene Stauung und acute Vergrösserung der Schilddrüse, einen Druck auf die Recurrentes ausübte. Auch Gerhardt (Jena'sche Zeitschrift f. Medicin etc. 1868) erklärt die transitorischen Stimmbandlähmungen des Kropfkranken aus den häufigen Hustenbewegungen, wodurch die gefässreiche Struma anschwillt und so plötzlich eine für den benachbarten Recurrens drückende Grösse erlangt. Bei der Untersuchung zeigte sich die Larynxschleimhaut ziemlich stark geröthet, die Stimmbänder der Mittellinie nahegerückt, bei der Respiration unbeweglich, bei der Phonation sich nach innen bewegend; Stimme leicht belegt. Auf der Mitte der hinteren Rachenwand ungefähr 2 cm über dem Kehlkopfeingang eine rundliche Erhabenheit, welche der Schilddrüse angehört und eine Struma retropharyngea darstellt, die sich bei Druck auf den hauptsächlich vergrösserten linken Schilddrüsenlappen deutlich verschieben lässt. Dyspnoe tritt constant in der Nacht ein, doch ist auch bei Tage namentlich bei Körperbewegung oder nach Hustenstössen Stridor vorhanden. Unter entsprechender allgemeiner innerlicher Jodkali und localer Behandlung war bereits nach 5 Tagen eine Erweiterung der Glottis zu bemerken, nach weiteren 8 Tagen waren die nächtlichen Erstickungsanfälle völlig verschwunden, die Weite der Glottis normal. Patient liess sich später seine Struma mit Erfolg herausnehmen.

Der zweite Fall betrifft einen 41jährigen Maurerpolier, welcher sich bei jeder Witterung im Freien aufzuhalten genöthigt wer. Stimme rein, Stimmbänder nahe der Medianstellung, bei tiefer Inspiration sich berührend, Dyspnoe und Stridor beim Treppensteigen und im Schlafe eintretend. Auch bei diesem Kranken fand sich auf der rechten Seite der hinteren Pharynxwand ein länglich runder Tumor, welcher scheinbar aus dem rechten Sinus pyriformis hervorquoll und das rechte Lig. aryepigl. theilweise überlagerte; die Geschwulst war weich und teigig und zeigte bei Druck auf den vergrösserten rechten Schilddrüsenlappen deutliche Mitbewegung. Dass auch in diesem Falle die Struma eine Rolle spielte, obwohl nur auf einer Seite sich eine deutliche Vergrösserung der Drüse nachweisen liess, scheint mir sicher. Was aus dem Kranken geworden, ist mir unbekannt.

Den dritten Fall von doppelseitiger Posticuslähmung bei einem 4jährigen Kinde sah ich auf der internen Station des unter Leitung des Hrn. Prof. Ranke stehenden Kinderspitales. Nach Angabe der Eltern stellten sich die Erstickungsanfälle nach Keuchhusten ein. Es scheint also auch hier eine katarrhalische Affection der oberen Luftwege eine Rolle gespielt zu haben.

Von grösstem Einflusse auf die Entstehung der Dyspnoe und des Stridor war hier das psychische Verhalten des Kindes. Unbeachtet, ruhig spielend, war keinerlei Veränderung der Respiration an dem Kinde wahrzunehmen; im Schlafe jedoch sowohl wie in der Narkose oder bei psychischer Aufregung, namentlich bei Furcht vor laryngoskopischer Untersuchung, stellte sich sofort hochgradiger Stridor mit Einziehung der unteren Rippen, Herabtreten des Kehlkopfes gegen das Sternum ein. Im weiteren Verlaufe verlor sich durch methodische Faradisation der Stridor vollständig.

Der vierte einen 72jährigen Mann betreffende Fall war äusserst complicirt. Patient musste wegen eines durch einen Abscess in der Zungenbasis verursachten Oedems der Epiglottis und Lig. aryepigl. tracheotomirt werden. Ein halbes Jahr darnach stellte sich zum zweitenmale allmählich zunehmende Dyspnoe ein, als deren Ursache bei der vollkommenen Intactheit der Stimme und der Medianstellung der Stimmbänder eine ungenügende Erweiterungsfähigkeit der Stimmbänder angenommen wurde. Im April 1887 gesellte sich zur Dyspnoe Dysphagie; die Untersuchung mit der Sonde ergab zwei Hindernisse, das eine leicht zu überwindende unmittelbar unter dem Ringknorpel, das andere unüberwindliche in der Höhe der Bifurcation der Trachea. Da sich auf dem Sternum eine deutliche Dämpfung vorfand, so wurde die Diagnose auf einen malignen den Oesophagus und die Trachea comprimirenden Tumor im Mediastinum gestellt. Die Section ergab seitliche Compression des obersten Theiles der Trachea und des Oesophagus durch eine retropharyngeale Struma, narbige Verengerung der Trachea an der Stelle, wo die Tracheotomie gemacht worden war, circuläres theilweise schon in Zerfall begriffenes Carcinom des Oesophagus hinter der Bifurcation der Trachea und statt des erwarteten Mediastinaltumors eine gleichmässige aneurysmatische Erweiterung des Aortenbogens und eine sehr starke Fettansammlung im Mediastinum anticum.

Zum Schlusse noch einige allgemeine Bemerkungen.

Das laryngoskopische Bild der completen Recurrenslähmung setze ich als bekannt voraus. In einem schweren Falle von rheumatischer Lähmung, demselben, bei welchem neuritische Erscheinungen der Lähmung vorausgingen, wich dasselbe jedoch von der Norm ab. Es zeigte sich nämlich, dass der Aryknorpel der gelähmten Seite bei jeder tieferen Inspiration in das Larynxinnere hereingezogen wurde, um bei der Exspiration wieder zurückzuschnellen. Bei completer doppelseitiger Recurrenslähmung ist ein solches Verhalten gewöhnlich, wie schon von v. Ziemssen in seiner epochemachenden Arbeit (Laryngoskopisches und Laryngotherapeutisches, Arch. f. klin. Medic. Bd. IV.) hervorgehoben wurde. Die Weichtheile der oberen Kehlkopfapertur werden bei Lähmung der sich an ihnen befestigenden Muskeln durch den Luftdruck nach innen und unten verdrängt und gleich dem schlaffhängenden Gaumensegel des Schlafenden durch den Luftstrom in Schwingungen versetzt; zuweilen sind auch völlig Gesunde im Stande, willkürlich diese Erscheinung zu produciren. Dass bei dem citirten Kranken kein Kunstproduct vorlag, beweist einestheils das Fehlen der Aspiration an dem Stimmband der gesunden Seite, anderntheils das Verschwinden dieser Erscheinung nach eingetretener Heilung. Die Aspiration des Aryknorpels ist aber in der Regel nur möglich, wenn seine Fixation durch die an demselben sich inserirenden Muskeln völlig verloren ging. Nach vorne wird der Aryknorpel findet durch den Thyreoaryt., nach hinten und

aussen durch den Posticus, nach innen durch den Cricoaryt. lateralis und den Transversus. Die genannten Muskeln waren aber alle paralysirt sogar der Transversus, wie die absolute Immobilität des Aryknorpels bei der Phonation bewies.

Der eben citirte Fall ist aber auch wichtig in Bezug auf die Innervation des Musc. arytaenoideus transversus. Schon Ziemssen behauptete in der genannten Arbeit die doppelseitige Innervation dieses Muskels vom N. laryngeus superior und inferior und erklärte daraus die meist ganz erhaltene oder nur unbedeutend verminderte Beweglichkeit des Aryknorpels der gelähmten Seite. Neuerdings hat Onodi (Beiträge zur Lehre von der Innervation und den Lähmungen des Kehlkopfes. Monatschrift für Ohrenheilkunde etc. Nr. 4. 1888) durch anatomische Untersuchung die Richtigkeit der Ansicht von der doppelten Innervation des M. arytaenoid. transversus bestätigt. Der obenerwähnte Fall muss also wohl als eine seltene Ausnahme von der Regel betrachtet werden, zumal keinerlei Erscheinungen vorhanden waren, welche die Annahme einer Läsion des rechten Laryngeus superior rechtfertigten; es scheint daher, dass der M. arytaenoideus manchmal nur vom Recurrens der einen Seite und nicht auch von anastomosirenden Recurrensfasern der anderen Seite oder dem gleichseitigen Laryngeus superior innervirt wird.

Die Dauer der heilbaren, so namentlich der rheumatisch-katarrhalischen Lähmungen, ist eine sehr lange und beträgt selbst bei den sogleich in Behandlung gelangenden Fällen nicht weniger als 3—4, ja selbst 5—8 Monate. Die Zahl der elektrischen Sitzungen betrug zwischen 60—150. Gewöhnlich wurden abwechselnd beide Stromesarten und zwar sowohl endolaryngeal wie cutan, letztere Methode jedoch nur bei bereits erfolgter Besserung in Anwendung gezogen. Besonders wirksam erwies sich häufiger und rascher Stromwechsel durch Commutator. Als unterstützende Mittel wurden Einreibungen von Ung. ciner. dem Verlaufe des Recurrens entsprechend sowie methodische Massage des Halses verordnet. In frischen Fällen konnte ich stets beobachten, dass die noch theilweise erhaltene willkürliche und elektrische Erregbarkeit der Muskeln trotz Elektricität sich nach 8—14 Tagen vollständig verlor. Das laryngoskopische Bild im Verlaufe einer Recurrenslähmung ist ein unendlich monotones; von einer regelmässig und stetig fortschreitenden Wiederherstellung der Beweglichkeit kann keine Rede sein. Das lange mit Sehnsucht erwartete erste geringe Zucken der Stimmbänder bleibt oft wochenlang stationär, ja es kann sich sogar wieder verlieren, um erst später einer fortschreitenden Beweglichkeit Platz zu machen. Die ersten Bewegungen des genesenden Stimmbandes sind äusserst minimale, auch tritt eine ausserordentlich rasche Ermüdung ein, so dass nach einigen wenigen Phonationsversuchen das Stimmband wieder inmobil erscheint. Ganz constant ist das Verhalten der Glottisöffner; sie, die zuerst geschädigt wurden, erlangen zuletzt ihre Function wieder. Die Erregbarkeit der Muskeln gegen starke Ströme bei beiden Stromesarten ist, solange die Lähmung ihren Höhepunkt noch nicht erreicht hat, deutlich zu constatiren; darauf folgt ein mehrwöchentliches negatives Verhalten gegen beide Stromesarten. Eine erhöhte Erregbarkeit für den constanten Strom konnte ich bisher nicht constatiren, dagegen tritt bei Application sehr starker Ströme auf der gelähmten Seite regelmässig eine Contraction der Muskeln der gesunden Seite ein. Unzweifelhaft ist ferner die Thatsache, dass die Muskeln sich auch noch dann elektrisch nicht oder schwer erregbar zeigen, wenn sie bereits durch den Willen contrahirt werden, ein Verhalten, das sich bekanntlich auch bei andern Muskeln findet.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa zu Würzburg.

Zur Vornahme grösserer Operationen an Diabetikern.

Von Dr. *Albert Hoffa*, Privatdocent für Chirurgie an der Universität Würzburg.

In den folgenden Zeilen möchte ich mir erlauben, einen in vieler Hinsicht interessanten Krankheitsfall und dessen Behandlung zu besprechen.

Herr Heinrich Burger, 60 Jahre alt, aus Sulzbürg (Oberpfalz), von gesunden Eltern abstammend und im Ganzen bis zu seinem höheren Alter selbst von nennenswerthen Beschwerden frei, erkrankte vor 5 Jahren an Diabetes und Albuminurie. Nach dreimaliger Cur in Carlsbad war der Zucker aus dem Urin verschwunden, während leichter Eiweissgehalt bestehen blieb. Wiederholte Untersuchungen (Prof. Dr. Leube und Dr. O. Seifert) constatirten das Ausbleiben des Zuckers im Harn seit 2 Jahren. Dagegen stellten sich seit Ende 1885 Unterleibsbeschwerden ein, zunächst Schmerzen im Leib und mangelhafte Stuhlentleerung. Später wurde der Stuhl diarrhoisch und enthielt seit Mitte 1887 reichliche Blutbeimischungen. Wegen dieser letzteren Erscheinungen wurde mir der Patient von meinem Collegen O. Seifert zugeführt.

Ich fand einen sehr corpulenten Mann, dessen Leber leicht vergrössert, dessen Herz aber gesund war (Prof. Leube). Der Urin enthielt eine geringe Menge Eiweiss, keinen Zucker. Im Mastdarm fühlte man an der hinteren Wand dicht über der Analöffnung eine zottenartige, polypöse, etwa haselnussgrosse Wucherung. Weiter oben fühlte sich die Schleimhaut normal an und erst etwa 10 cm über der obengenannten Wucherung sass ein den Mastdarm ringförmig verengerendes, etwa 5 cm langes, ulcerirtes, bewegliches Carcinom, das eben noch den kleinen Finger hindurchliess.

Da der Patient sich in gutem Ernährungszustand befand und sein Urin keinen Zucker mehr enthielt, schlug ich ihm die Exstirpation des Carcinoms vor, in die er wegen seiner heftigen Beschwerden auch sofort einwilligte.

Am 8. Juni 1888 machte ich die Operation nach der Methode Kraske's. Die Operation ging ausserordentlich glatt von Statten. Die Resection des Kreuzbeines machte keine Mühe und hatte keine nennenswerthe Blutung zur Folge. Ich konnte das Peritoneum abschieben und den Mastdarm bequem herunterziehen, so dass sich die Geschwulst durch circuläre Resection vollständig im Gesunden von dem centralen Mastdarmende abtrennen liess. Nunmehr wurde das ausgeschaltete untere Mastdarmende an der Afteröffnung ringsum ausgeschnitten und das centrale Mastdarmende in die letztere fest eingenäht. In den Mastdarm kam ein Jodoformgazetampon und ebenso wurde die ganze übrige Wundhöhle mit Jodoformgaze ausgestopft, nachdem zu beiden Seiten des Mastdarmes zwei jodoformirte Drains eingelegt worden waren.

Patient erholte sich bald von der gut vertragenen Narkose und erhielt späterhin 2stündlich 10 Tropfen Tct. opii.

Die exstirpirte grössere, höher oben gelegene Geschwulst erwies sich als ein Cylinderzellencarcinom und ganz das gleiche Gefüge zeigten auch die kleineren polypösen Wucherungen oberhalb des Afters.

So glatt nun die Operation vor sich ging, so schwer war der weitere Verlauf. Ich will im Voraus erwähnen, dass der Patient niemals Fieber hatte, dass der Puls voll und kräftig war, dass sich nie eine Spur von Sepsis zeigte, dass die Wunde vielmehr durchaus rein blieb und am 3. Tag spontane Stuhlentleerung erfolgte. Dagegen sollte der Patient doch nicht genesen. Als ich am Abend des Operationstages den mit dem Catheter entleerten Urin untersuchte, fand ich zu meinem Schrecken neben mässigem Eiweiss eine reichliche Menge Zucker und zwar 2,4 Proc., trotzdem der am Morgen untersuchte Urin zuckerfrei gewesen war. Am nächsten Morgen (9. VI. 1888) war der Zucker verschwunden. Patient war aber in der Nacht sehr unruhig gewesen, klagte über Uebelkeit und machte mir den Eindruck einer Jodoformintoxication. In der That zeigte denn auch der

Urin einen reichlichen Jodgehalt. Ich entfernte nun sofort die Jodoformgazetampons und ersetzte sie durch Tampons von Sublimatgaze. Abends (9. VI. 1888) enthielt der Urin immer noch viel Jod, aber keinen Zucker, wenig Eiweiss. Eisenchloridreaction nicht vorhanden. Der gleiche Befund war an den nächsten zwei Tagen (10. u. 11. VI. 1888) zu erheben. Patient war ruhiger geworden und ich glaubte schon, dass er der Gefahr entrückt sei. Leider war dies nicht der Fall. Am 12. VI. 1888, also am 4. Tag nach der Operation, war der Jodgehalt des Urins ein bedeutend geringerer, damit zeigte sich jedoch wieder der Zucker in demselben. Am Abend dieses Tages waren noch Spuren von Jod, aber schon 0,2 Proc. Zucker nachweisbar. Ich überlegte mit meinem Freund O. Seifert, ob wir nicht wieder Jodorm anwenden sollten, da zeigte sich am nächsten Morgen (13. VI. 1888) schon ein Zuckergehalt des Urins von 4 Proc. bei kaum nachweissbaren Jodgehalt, starker Acetongeruch im Zimmer, und damit verfiel der Patient dem Coma diabeticum. Prof. Leube, der den Patienten sah, rieth reichliche Zufuhr von Alcalien. Alle Mittel waren jedoch vergeblich. Der Patient erwachte nicht mehr aus dem Coma und verschied, nachdem er 4 Tage in demselben gelegen, am 17. VI. 1888 Abends 7 Uhr.

Dieser eben geschilderte Fall verdient sicher einige epikritische Bemerkungen.

Zunächst ist Carcinom bei Diabetes schon an und für sich selten. Nach Senator[1]) hebt besonders Griesinger diese seltene Complication hervor, indem er unter 225 statistisch verglichener und einer grossen Menge anderweitig benutzter Fälle keinen unzweifelhaften Krebsfall fand. Trotzdem ist Carcinom und Diabetes hier und da beobachtet worden, so dass Frerichs[2]) unter 250 lethal endenden Fällen von Diabetes 6 mal als Todesursache Carcinom in verschiedenen Gebilden notiren konnte.

Interessant ist nun weiterhin in unserem Fall die Localisation des Carcinoms. Mastdarmcarcinome sind ja nichts ungewöhnliches, wohl aber das Verhalten wie es uns hier vorliegt, dass neben einer höher oben liegenden Hauptgeschwulst tiefer unten gelegene, völlig gleichartige, aber durch ganz gesundes Gewebe von dieser Hauptgeschwulst getrennte, kleinere Geschwülste vorhanden sind.

Wir finden nur noch zwei ähnliche Beobachtungen in der Literatur und zwar von Kraske[3]) und müssen wohl mit diesem Autor annehmen, dass es sich um eine Art von *Impfung* handelt, indem sich von der Hauptgeschwulst Krebselemente losgelöst und oberhalb des Anus in die hier — bei bestehenden Krebse fast ausnahmslos katarrhalische und hyperämische — Schleimhaut implantirt haben. Dass dem so ist, dafür spricht der histologische Befund der untersuchten Carcinomtheilchen, indem ganz analog den Kraske'schen Fällen die polypösen Geschwülste dicht oberhalb des Anus deutliche Cylinderzellencarcinome waren, was um so mehr auffiel, als diese kleinen Tumoren in dem sonst mit geschichtetem Plattenepithel ausgekleideten Theile des Mastdarms sassen.

Diese beiden eben genannten Momente sind es nun nicht, die uns zur Mittheilung unseres Falles veranlassten, das Hauptinteresse erlangt derselbe vielmehr erst *durch die Thatsache, dass unmittelbar im Anschluss an die Operation Zucker im Harn in so grosser Menge zur Ausscheidung kam, nachdem durch zahlreiche Untersuchungen sicher festgestellt war, dass seit 2 Jahren und ebenso unmittelbar vor der Operation jede Spur von Zucker aus dem Urin verschwunden war.*

Es ist schon viel über das Verhältniss des Diabetes zur Chirurgie geschrieben worden. Dabei handelte es sich jedoch in der Regel nur um zwei Fragen, nämlich um das Verhältniss des Diabetes zur Sepsis und den Zeitpunkt, in dem eine diabetische Gangrän operirt werden soll. Nachdem sich über den ersteren Punkt Roser, Verneuil, Sonnenburg, Israel u. A. ausgesprochen, hat man sich neuerdings auf Grund von Kraske's[3]) Mittheilungen zunächst dahin geeinigt, die diabetische Sepsis nicht mehr als etwas Specifisches anzusehen. Die Neigung von Diabetikern zur Sepsis wird nur dadurch bedingt, dass das zuckerreiche Secret in den betreffenden Wunden einen sehr günstigen Nährboden für die septischen Mikroorganismen bietet. Die Sepsis an und für sich aber wird stets erst durch den Hinzutritt der letzteren eingeleitet. Selbst in bereits granulirenden Wunden können auf diese Weise ausserordentlich schnell verlaufende septische Infectionen erfolgen und zum Tode führen. Das beweist z. B. ein von Rosenberger beobachteter und von W. Müller[4]) berichteter Fall, indem die Sepsis sich am 11. Tage nach der Operation eines Brustkrebses von einem Drainloch aus entwickelte und nach weiteren 3 Tagen den Exitus herbeiführte.

Der sicherste Beweis für die Richtigkeit der jetzt geltenden Anschauung ist der, *dass bei strenger Durchführung antiseptischer Maassnahmen auch die Wunden der Diabetiker anstandslos heilen können.* Zeller[5]) und König[6]) haben einschlägige Fälle mitgetheilt und auch wir können auf Grund unseres Falles diesen Satz mit gutem Gewissen unterschreiben, denn die grosse Wunde zeigte keine Spur irgend einer Entzündung, geschweige denn einer Sepsis; sie war vielmehr beim Tode des Patienten schon in das Granulationsstadium eingetreten.

Die zweite Frage, wann eine diabetische Gangrän operirt werden soll, hat König[6]), wohl im Einverständniss mit den meisten Chirurgen, kürzlich dahin beantwortet, dass eine radicale, aber mit grösster Peinlichkeit durchgeführte Operation — in der Regel die Amputation — dann indicirt ist, wenn trotz antidiabetischer Cur und antiseptischer Localbehandlung die allgemein diabetischen und die local phlegmonösen Erscheinungen nicht zurückgehen, so dass ein weiteres Abwarten erhebliche Gefahr für den Kranken bedingt.

Wie steht es nun aber mit der Vornahme grösserer Operationen, z. B. von Geschwulstexstirpationen bei Diabetikern? In dieser Hinsicht haben sich noch keine feststehenden Gesetze gebildet. Im Allgemeinen hat man gerathen, zuerst eine antidiabetische Cur gebrauchen zu lassen und dann die Operation vorzunehmen, denn ein Carcinom z. B. wird das Leben des Patienten rasch zum Abschluss bringen, während der Diabetes als solcher Jahrzehnte lang bestehen kann.

Landau[7]) spricht sich in dieser Beziehung so aus: »Gewiss ist die Gefahr der Operation bei Diabetikern eine grössere als sonst; allein wo Alles zu verlieren ist, muss man eben viel wagen.«

Ist das wohl der richtige Standpunkt? L. Landau hat allerdings bei bestehendem Diabetes mit Erfolg drei Ovariotomien ausgeführt, er hat aber dann auch einen schweren Misserfolg gehabt. Da dieser letztere Fall der einzige uns aus der Literatur bekannt gewordene ist, den wir mit unserem Falle in Parallele stellen können, wollen wir ihn hier kurz anführen.

Bei einer 47 jährigen Frau, die vor einem Jahre an Diabetes behandelt worden war und daraufhin den Zucker aus dem Urin verloren hatte, machte Landau wegen eines Carcinoms die Totalexstirpation des Uterus. Vor der Operation enthielt der Urin keinen Zucker. Unmittelbar im Anschluss an die Operation aber trat Zucker im Urin auf, die Kranke verfiel

---

[1]) Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie von Ziemssen. Bd. XIII, 2. Hälfte. S. 231.

[2]) v. Frerichs, Ueber den Diabetes. Berlin 1884. pg. 184.

[3]) Centralblatt für Chirurgie. 1884. S. 803 ff.

[4]) Bayer. ärztl. Intelligenzblatt 1882. Nr. 41.

[5]) Württemb. med. Correspondenzbl. Bd. LV., Nr. 9.

[6]) Centralblatt für Chirurgie. 1887.

[7]) Berliner klinische Wochenschrift. 1888.

in ein Coma diabeticum und starb in demselben schon nach 2 Tagen.

Th. Landau[7]) fasst diesen Fall als einen solchen von intermittirendem Diabetes auf, in dem durch den Eingriff der Operation die Krankheit wieder wachgerufen wurde, nachdem sie ein Jahr lang geschlummert hatte.

Können wir nun auch unsern Fall als einen solchen von intermittirendem Diabetes auffassen? Ich glaube nicht. Unter intermittirendem Diabetes können wir doch nur diejenige Krankheitsform verstehen, bei der der Zucker auf kürzere oder längere Zeit aus dem Urin verschwindet, um bei irgend welchen Reizen wieder von neuem in demselben zu erscheinen. Wenn aber der Patient nach erfolgreicher mehrmaliger Cur in Carlsbad den Zucker für 2 Jahre vollständig verloren hatte und der letztere dann erst wieder nach der Operation und in unmittelbarem Anschluss an diese erschien, so können wir nicht von intermittirendem Diabetes reden, sondern müssen direct sagen, dass die Operation als solche den Diabetes wieder hervorgerufen hat. So hat es sich wohl auch in dem Falle Landau's verhalten und das ist für uns ein Fingerzeig mit derartigen grösseren Operationen bei Diabetikern recht vorsichtig zu sein. Sind aber die Operationen unvermeidlich, dann möge man den Patienten wenigstens auf die Gefahr aufmerksam machen, die ihm durch das Wiederausbrechen seiner Krankheit und die Entwickelung des Coma diabeticum drohen kann. Dass zuweilen grössere Operationen bei Diabetikern geglückt sind — Verneuil berichtet über die Heilung der Wunden bei Fällen von Amputatio penis und Resectio linguae — darf uns an dem Gesagten nicht irre werden lassen, denn an einem Falle, der von Misserfolg begleitet gewesen ist, lernen wir mehr als an 10 Fällen mit glücklichem Ausgang! Möglicherweise ist die bei unserem Falle bestehende leichte Nephritis, die sich durch die Albuminurie zu erkennen gab, nicht ohne Einfluss auf den schlechten Ausgang gewesen.

Noch in einer letzten Hinsicht verdient unser Fall eine kurze Erwähnung, — und zwar hinsichtlich des wunderbaren Antagonismus des Jodoforms und des Diabetes. Moleschott hat bekanntlich das Jodoform als Antidiabeticum empfohlen. Nun war es in unserem Falle ausserordentlich deutlich, welche günstige Wirkung das Jodoform auf die Zuckerausscheidung hatte. Am 1. Tag nach der Operation waren schon 2,4 Proc. Zucker im Urin unseres Patienten und trotzdem war aller Zuckergehalt verschwunden, als sich am 2. Tag die Jodoformintoxication einstellten, und wiederum stieg der Zuckergehalt des Urins auf 4 Proc., als nach Hinwegnahme der Jodoformtampons die Resorption des Jodoforms unmöglich wurde.

Hätten wir nun nicht, nachdem wir den günstigen Einfluss des Jodoforms erkannt hatten, die Wunde absichtlich wieder jodoformiren oder Jodoform innerlich geben sollen? Ich wagte es nicht, da mir ein Fall Rinne's[8]) vor Augen stand, in dem nach glücklich ausgeführter Kraske'scher Operation eines Mastdarmkrebses der Tod zweifellos durch Jodoformvergiftung eingetreten war.

Ein Fall von Cervixmyom.

Von Prof. Dr. *Amann.*

Die ausserordentliche Seltenheit der Cervixmyome sowie das sonstige erhöhte Interesse, welches dieselben in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung darbieten, dürften eine genauere Beschreibung jedes zur Beobachtung kommenden Falles rechtfertigen.

A. Schr., Wittwe, 50 Jahre alt, litt vom 15. Jahre an an Chlorose und wurde erst mit 18 Jahren zum ersten Male menstruirt. Dieselbe machte mit 28 Jahren den ersten, mit 40 Jahren den sechsten und letzten Partus durch, welche sämmtlich sowie die Puerperien normal verlaufen sein sollen. Die Menses waren angeblich von Anfang an schmerzlos, schwach, 2—3 Tage dauernd und alle 4 Wochen wiederkehrend. Erst mit dem 48. Jahre stellten sich Unregelmässigkeiten ein, es zeigte sich ein schwacher, aber ein volles Jahr dauernder, blutiger mit Schleim untermengter Ausfluss; auf diesen folgten stärkere, in unregelmässigen Zwischenräumen auftretende Blutungen, welche angeblich nahezu acht Monate dauerten. Dazu kamen in den letzten vier Monaten häufiges Bedürfniss zum Uriniren, ein Drängen nach abwärts, Kopfschmerzen, Abmagerung und allgemeines Schwächegefühl, so dass Patientin, welche nie in ihrem Leben krank gewesen war, sich veranlasst sah, bei Herrn Dr. Krieger, praktischen Arzt in Beisbach, ärztliche Hilfe zu suchen. Derselbe diagnosticirte einen polypösen Uterustumor und hatte die Güte, die Kranke in meine gynäkologische Poliklinik zu schicken.

Ich fand die Patientin ziemlich abgemagert und bleich aussehend. Sie war gedrückter Stimmung, klagte über stärkere, anhaltende Blutungen, Mattigkeit und beschränkte Gehfähigkeit. Bei der Palpation des Unterleibes liess sich eine Abormität nicht nachweisen; nur der Fundus uteri war abnorm hoch, ca. 4 cm oberhalb der Symphyse, durch die fettarmen, schlaffen Bauchdecken deutlich zu fühlen. Die äusseren Genitalien waren normal, die Vulva leicht klaffend. Beim Eindringen des Zeigefingers in die Vagina fühlte man $1^1/_2$ cm oberhalb des Introitus einen glatten, derben, ovalen, sich nach oben cylindrisch verlängernden und die Vagina bis zum Fornix ausfüllenden, nach allen Seiten hin etwas verschiebbaren Körper, dessen Insertion im ersten Augenblicke nicht constatirt werden konnte. Ich fasste nun mit einer grösseren Hackenzange den Tumor an seinem unteren Ende, zog ihn möglichst tief herab und konnte dann dessen oberen Theil mit dem Finger ringsherum abtasten. Ich fand nun an der linken Seite des Scheidengrundes mehr nach vorne gerichtet die linke Hälfte der Portio vaginalis als kleinen, ca. 1 cm langen Wulst, welcher den linken Rand des spaltähnlichen Muttermundes bildete. Man konnte mit einer gewöhnlichen Uterussonde nur mühsam in denselben eindringen. Die rechte Hälfte der Portio vaginalis konnte nicht abgetastet werden, da dieselbe in den Tumor überging, welcher noch mit einem kugeligen Fort-satze das rechte Scheidengewölbe ohne Verwachsung ausfüllte. (cfr. Fig. 2b.)

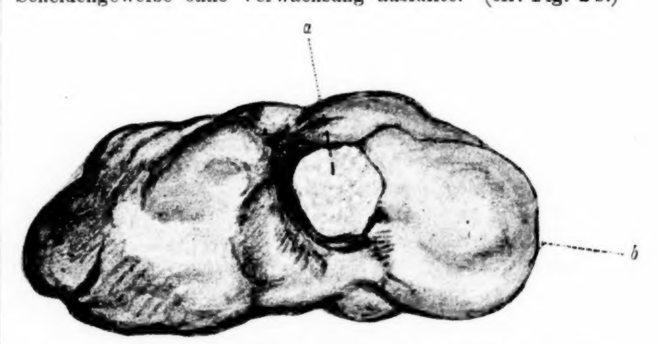


Fig. 2. a: Basis des Stieles; b: rechts oben im Vaginalgewölbe liegender Theil des Tumors.

Es wurde nun nach Entleerung des Darmes und der Blase in Chloroformnarkose bimanuell, sowohl per abdomen et vaginam, als auch per rectum et vaginam, explorirt und der eben angegebene Befund sicher gestellt; ausserdem wurde die annähernd normale Lage des mässig vergrösserten Uterus sowie der übrigen Beckenorgane constatirt. Die Sondenuntersuchung ergab eine Länge des Uteruscanals von 9 cm und normale Weite der Cervix- wie der Uterushöhle; Descensus uteri war nicht vorhanden. Successive gelang es mir, den Tumor so tief herabzuziehen, dass ich die Insertion desselben genau fühlen und sehen konnte.

Es bildete die rechte Hälfte der Vaginalportion, d. h. der vorderen und hinteren Muttermundslefze die Ansatzstelle des

[8]) Centralblatt für Chirurgie. 1886.

Tumors, welcher sich cylindrisch nach der Vagina hin ohne Verwachsung mit derselben verlängerte, wodurch das Orificium uteri externum etwas nach links verlegt wurde. (cfr. Fig. 1.) In Folge der durch die Narkose bewirkten Erschlaffung der Vagina konnte man mit dem Finger nach jederSeite hin neben dem Tumor vordringen, selbstverständlich links leichter als rechts; dabei liess sich auch constatiren, dass lediglich die rechte Hälfte der Vaginalportion und nicht noch ein Theil des Scheidengewölbes die Insertionsstelle bildete, welche Verhältnisse auch während und unmittelbar nach der Amputation des Tumors sichergestellt wurden.

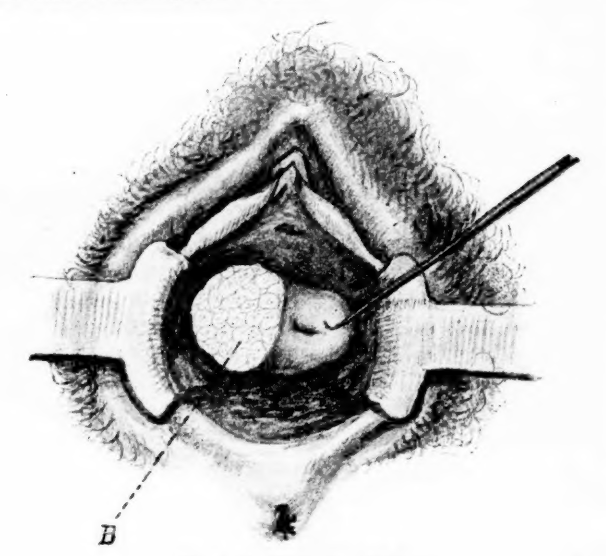


Fig 1. B: Basis des Stieles.

Die Operation wurde am 18. Mai 1888 unter den nöthigen antiseptischen Cautelen in der Weise ausgeführt, dass durch die Basis des Tumors, hart an dessen Insertion an der Portio vaginalis mittels einer Nadel eine Doppelligatur angelegt wurde, welche den Stiel in zwei gleiche Theile theilte. Die beiden Ligaturen wurden fest geknotet, hierauf der Tumor mittels eines Scalpells unterhalb derselben abgetragen, die Insertionsstelle nochmals genau untersucht und mit dem Paquelin verschorft; endlich wurde der Schorf mit Jodoformgaze bedeckt und der Uterus durch einen in die Vagina eingelegten Sublimattampon wieder in die Höhe geschoben. Die Heilung erfolgte in 10 Tagen bei täglich zweimaliger, vom 3. Tage an ausgeführten Ausspülung der Vagina mit $^1/_{20}$ Proc. lauwarmer Sublimatlösung afebril und vollständig. Wie ich vor einigen Tagen von Herrn Collega Krieger brieflich erfuhr, hat sich bei der Operirten seither keine krankhafte Veränderung mehr ergeben.



Fig. 3. Vergrösserung: 300.

Tumor resistent, derb, von cylindrischer Gestalt, Umfang desselben im queren Duchmesser 15 cm, Länge $9^1/_2$, Dicke des Stieles $2^1/_2$, Länge desselben 2 cm, Oberfläche mit glatter Schleimhaut bedeckt, von knolligem Aussehen, an mehreren Stellen uneben; Schnittfläche an der Insertionsstelle wie im Längendurchmesser blassroth, sehnig. Die mikroskopische Untersuchung von verschiedenen Stellen der Schnittfläche an der Insertionsstelle wie der Längenachse ergab bündelförmig sich durchflechtende glatte Muskelfasern, welche von Bindegewebsfaserzügen eingeschlossen waren. (cfr. Fig. 3.)

Es ist zweifellos, dass es sich hier um ein primäres interstitielles Myofibrom der rechten Seite der Portio vaginalis handelt. Wie oben angegeben, war das Collum mit Ausnahme der rechten Hälfte seines infravaginalen Theiles, aus welchem die Neubildung sich entwickelt hatte, nicht verändert; man konnte weder eine Erweiterung des Orificium externum oder der Cervicalhöhle, noch eine Verkürzung oder Verdickung im Collum nachweisen, so dass hiedurch mit Sicherheit ein subseröses oder submucöses Myom des Corpus ausgeschlossen werden musste, während der Ursprung des Tumor mit kurzem, dicken Stiel aus der rechten Seite der Portio vaginalis direct nachgewiesen werden konnte. Ein Ursprung im supravaginalen Theil des Collum oder im Corpus uteri kann bei der normalen Beschaffenheit derselben nicht angenommen werden.

Was nun die ausserordentliche Seltenheit der Cervixmyome anlangt, dürfte die Annahme Winckel's von 5 Proc. der Wahrheit ziemlich nahe kommen. Ein höherer Procentsatz, wie denselben die Statistik von Schröder — $8^1/_8$ Proc. — ergiebt, dürfte nach den bisherigen Publicationen über Cervixmyome nicht richtig sein. In einer erheblichen Anzahl von Fällen, kann der Ursprung der primären Cervixmyome selbst von dem geübtesten Gynäkologen nicht sicher gestellt werden, und möchte ich hier auf die Abbildungen mehrerer derartiger Fälle, beispielsweise von Schröder[1]) und Murray[2]) verweisen, bei welchen man sich schwer überzeugen kann, ob es sich nicht um Myome handelt, welche von der Uterushöhle herabgewachsen sind.

Aus der mir zugängigen Literatur der Cervixmyome, welche am Ausführlichsten in Gusserow's werthvoller Arbeit »Die Neubildungen des Uterus, 1886« enthalten ist, entnehme ich folgende Mittheilungen:

Winckel[3]) hat bei seinem grossen gynäkologischen Material weder an der Leiche noch bei Lebenden jemals ein primäres Myom des Collum uteri gefunden. In der Münchener pathologischen Anatomie wurde in den letzten 8 Jahren, in welchen Professor Bollinger die Sectionen leitete, bei nahezu 500 Uterusmyomen nicht ein primäres Cervixmyom gefunden.

Fälle von Cervixmyom sind publicirt von Hall Davis[4]), Peter Müller[5]), Simpson[6]), Spiegelberg[7]), Freund[8]), Breisky[9]). Ausserdem haben noch Collummyome beschrieben: Chiari[10]), Moericke[11]), O'Connel[12]), Barnes[13]), Léon Lefort[14]), Virchow, Dupuytren, Jacubasch[15]).

1) Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. V. Auflage. Leipzig, 1881. 224—225.
2) Oestetrical Transactions VI. p. 184.
3) Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig, 1886. p. 455.
4) Obstetrical Transactions. IX. p. 152.
5) Scanzoni's Beiträge. Bd. VI. p. 65.
6) Simpson Obstetr Works I. p. 120. 1. Aufl.
7) Spiegelberg, Archiv für Gynäkologie. Bd. V. p. 100,
8) Betschler, klinische Beiträge. Heft III. p. 165.
9) Prager Zeitschrift für Heilkunde.
10) Klinik der Geburtshilfe. 1825. p. 401.
11) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Stuttgart, 1882. VII. 418—423.
12) Journal of the gynecological Soc. of Boston I. p. 270.
13) Transact of the Obstetr. Soc. of London, III. p. 211.
14) Tumcur fibreuse de l'uterus simulantun renversement. Bullet. de la Société de chirurge, 1872. p. 441.
15) Die Neubildungen des Uterus. Stuttgart, 1886.

Th. Lee, Consat haben Cystomyome an der Portio vaginalis beobachtet. Gusserow[16]) hat ein mannsfaustgrosses Myom aus der vorderen Muttermundlefze entfernt. Ich selbst habe ausser dem oben beschriebenen Fall nur zwei subseröse, nicht über wallnussgrosse Cervixmyome beobachtet, obwohl ich mindestens 500 Myome, darunter eine grosse Anzahl von multiplen Myomen, behandelt habe.

Die von vorstehenden Autoren publicirten Fälle von Cervixmyomen stellen nicht die Summe sämmtlicher veröffentlichter Cervixmyome dar, sondern es fehlt hievon jedenfalls ein kleinerer Bruchtheil. Dieser Mangel hat indess meines Erachtens so lange keine grosse Bedeutung, als nicht von den Autoren neben der Zahl der beobachteten Cervixmyome zugleich auch jene des Corpus und Fundus angegeben wird. Es ist auch die Statistik der Uterusmyome überhaupt eine sehr mangelhafte, so dass aus den Angaben der einzelnen Autoren sich grosse Widersprüche ergeben. Soviel kann indess mit Sicherheit aus der Literatur der Cervixmyome entnommen werden, dass diese ausserordentlich selten sind.

Myome, welche von der Portio vaginalis, d. h. von der vorderen oder hinteren Muttermnndslefze sich entwickelten und daher eine absolut sichere Diagnose zuliessen, sind von Freund, O'Connel, Barnes, Léon Lefort, Peter Müller, Gusserow, Hall Davis beobachtet worden. In meinem vorstehenden Falle war die Insertionsstelle eine eigenartige, wie ich sie in der Literatur nicht finden konnte. Wie oben beschrieben, entwickelte sich das Myom aus der rechten Hälfte der Portio vaginalis, d. h. aus der rechten Hälfte der vorderen und hinteren Muttermundslefze, während die linke Hälfte der Portio sich normal verhielt.

Ueber die Ursachen der Uterusmyome überhaupt ist nichts Sicheres bekannt und bestehen darüber nur Vermuthungen, und Hypothesen. Auch die umfangreichen und interessanten Untersuchungen von Winckel[17]) und Virchow[18]), welche als Veranlassung der Myombildung aussergewöhnlich starken localen Reiz annehmen und dabei einerseits auf die physiologische Congestion bei der Menstruation, während der Gravidität, des Puerperium etc., andererseits auf früher bestandene Chlorose hinweisen, sind nicht sicher beweisend, da diese Erscheinungen wenigstens theilweise bei allen Frauen vorkommen; wenn Virchow den »irritativen Charakter« der Myombildung besonders betont, so müssten die Cervixmyome häufiger denn die Corpusmyome vorkommen, da ja gerade der Cervix am häufigsten Insulten ausgesetzt ist. Zum Schlusse will ich hier noch die bekannte Hypothese von Conheim[19]) anführen, nach welcher die Geschwülste auf embryonale Anlagen zurückgeführt werden, und zwar auf Wachsthumskeime, welche noch übrig geblieben sind und namentlich beim Uterus zu unregelmässiger atypischer Entwickelung gelangen. Nachdem wir nun nicht einmal über die Ursachen der Uterusmyome überhaupt etwas Bestimmtes wissen, können wir nicht leicht Gründe angeben, warum die Myome des Collum gegenüber jenen des Corpus so ausserordentlich selten vorkommen. Sehr viel für sich hat die von den ersten Autoritäten ausgesprochene Vermuthung, dass der geringere Gehalt an glatten Muskelfasern im Collum die Ursache davon sei.

Bezüglich der Prognose ist zu bemerken, dass diejenigen Cervixmyome, welche sich aus dem infravaginalen Theil des Cervix entwickelt haben oder als submucöse im Cervix erscheinen, eine günstige Vorhersage zulassen, weil sie leicht entfernbar sind, während die supravaginalen Myome, besonders die subserösen retrocervicalen, unter Umständen als sehr gefährliche Neubildungen betrachtet werden müssen.

[16]) Charité Annalen 1881.
[17]) Ueber Myome des Uterus. Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 98.
[18]) Geschwülste III. p. 150.
[19]) Vorlesungen über allgemeine Pathologie. Berlin, 1877.

Dieselben wachsen bisweilen zwischen den breiten Mutterbändern nach der Bauchhöhle hin, oder entwickeln sich im Parametrium retrouterin nach abwärts und drängen das Scheidengewölbe mehr in die Scheide. Werden sie nur halbwegs gross, so füllen sie die Beckenhöhle aus, und kommt es dann leicht zu entzündlichen Verwachsungen mit den Beckenorganen. Die Folge hievon können sehr ernste mechanische Erscheinungen sein, welche praktisch um so wichtiger sind, als unter diesen Verhältnissen an eine operative Entfernung der Myome nicht zu denken ist. Dass dadurch auch eine absolute Gebärunmöglichkeit veranlasst werden kann, ist wohl selbstverständlich.

Wie desinficiren wir unsere Hände?

Von Dr. *Pauschinger*.

(Vortrag, gehalten im Aerztl. Localverein Nürnberg am 1. Nov. 1888.)

Als ich vor 12 Jahren in Würzburg die Scanzoni'sche Klinik besuchte, da machten auf mich, wie wohl auf die meisten Hörer, gar tiefen Eindruck die Schilderungen, die der Meister der Geburtshilfe von dem Zustande der Entbindungsanstalten in der vorantiseptischen Zeit uns staunenden Schülern entwarf. Die berühmteste ihrer Zeit, die von deutschen Medicinern wohl aufsuchte wer nur irgend konnte, die zu Prag, muss jährlich unzähligen Wöchnerinnen zur Quelle langen Siechthums, oft auch zum Grab geworden sein. Und in den anderen Anstalten mit gleich oder weniger berühmten Namen ist es wohl auch nicht besser gewesen. So starben z. B. in der Berliner Entbindungsanstalt im Jahre 1831 von 2907 Wöchnerinnen 254, in der Wiener im Jahre 1842 von 3287 Wöchnerinnen 518, im Jahre 1846 von 4010 Wöchnerinnen 459, im Jahre 1854 von 4393 Wöchnerinnen 400.

Traurig, wie vielen lebensfrohen Geschöpfen die mangelhafte Einsicht in das Wesen und die Uebertragungsfähigkeit der Wochenbetterkrankungen den Todeskeim eingeimpft hat! Und noch tragischer gestaltet sich die Scene, wenn wir hören, dass es an einem warnenden Propheten nicht gefehlt hat, der mit hellem, klaren Geiste die Gefahr erkannt und Abhilfe gepredigt hatte, Semmelweiss. Sein Ruf verhallte, ohne Beachtung zu finden; und wo er Gehör fand, da fand er zugleich auch Gegner. Und diese Widersacher waren die Träger glänzender Namen. Aber der tapfere Kämpe liess sich dadurch nicht blenden, er focht muthig weiter, getragen von dem Bewusstsein der hohen Bedeutung und des edlen Zweckes seiner Bemühungen; den wohlverdienten Lorbeer jedoch erfocht er nicht.

Ein tragisches Ende war's, mit dem dies Leben schloss. Aufgerieben im erfolglosen Kampfe, verfiel dieser reiche Geist in Umnachtung. Ein späteres Jahrzehnt erst hat ihm die Siegespalme zuerkannt; ehren wir wenigstens seine Manen durch die volle Anerkennung seines edlen Strebens!

Lister's weltbewegende Idee erst hat die Bahn völlig frei gemacht, hat die widerstrebenden mächtigsten Gegner gebeugt; und so gewaltig war der Rückstoss, dass die Wirkung oft noch ein gut Theil hinausreichte über's Ziel. Ein solches Zuviel des Guten, wenn auch vollauf gerechtfertigt durch den Geist der Zeit war z. B. das Verbot, eine Geburt zu leiten, wenn der Untersuchende in den letzten Tagen vorher mit septischen Objecten, sei es nun am Krankenbette oder am Secirtisch, in Berührung gekommen war. Dieses Verbot bestand, wie in so mancher anderen geburtshilflichen Klinik, zu meiner Praktikantenzeit in der Erlanger. War es schon da nicht leicht, einer Verletzung der Vorschrift aus dem Wege zu gehen, um wie viel schwerer war erst ihre Befolgung für den praktischen Arzt! Zu unserer Beruhigung ist es ja später gelungen, das schwankende Zünglein der Waage wieder in's Gleichgewicht zu bringen, aber vorher war die Lage doch manchmal für unser

ärztliches Gewissen eine etwas precäre. Und mancher von uns Aerzten wird sich wohlthuend entlastet fühlen durch den Nachweis, dass auch die septischste Hand durch eine sorgliche Desinfection sterilisirt werden kann.

Ich habe bisher für all die Gelegenheiten der Uebertragung von Krankheiten durch die Hand des Arztes nur eine einzige, gewiss aber ein Prototyp derselben, im Auge gehabt; selbstverständlich liessen sich die Beispiele in's Unendliche vermehren; aber in einem Kreis von Collegen hiesse das wohl Eulen nach Athen tragen.

Dass wir ein Mittel haben müssen, um unsere Hand zu desinficiren, ist selbstverständlich. Wie wir das am schnellsten, sichersten und angenehmsten erreichen, darüber soll uns die einschlägige Literatur belehren.

Wohl eine der ersten Veröffentlichungen auf diesem Gebiete ist die von Professor Forster[1]) aus dem hygienischen Institut in Amsterdam. Unter strengster Beobachtung aller Vorsichtsmaassregeln wurden die Hände mit Wasser, Seife und Bürste, darnach mit Carbol-, Borsäure- oder anderen Lösungen gewaschen. Geschützt vor weiterer Infection wurden die Finger sodann in Fleischwasserpeptonlösung oder Koch'sche Nährgelatine getaucht. Auch nach Waschung mit $2^1/_2$ proc. Carbollösung wurde, wie in allen anderen Fällen in den Nährmedien nach Ablauf von 24 bis 60 Stunden die Entwickelung von Pilzen constatirt. Ausschliesslich durch $^1/_2$—1 pro mille Sublimatlösung gelang es Forster die Finger soweit keimfrei zu machen, dass in den Controlversuchen das Pilzwachsthum ausblieb.

Während Forster seine Versuche an der Hand selber und — wenn der Ausdruck nicht zu gewagt ist — ihrem physiologischen Schmutz anstellte, arbeiteten Gärtner und Plagge[2]) mit pathogenen Organismen — Eiter- und Erysipelcoccen, Rotz- und Milzbrandballen — und an Meerschweinchenhaaren, dabei von dem Gedanken ausgehend, dass gerade die Haare die Infectionskeime am intensivsten festhalten.

Zur Einreibung auf die behaarte Haut verwandten sie Mikrococcus prodigiosus, liessen die Culturen antrocknen und behandelten dann die Thiere je 20 Secunden lang zum Theil mit Wasser, Seife und 3 Proc. Carbollösung. Die erste Probe — abgeschnittene Haarzöpfe — lieferte noch viele Keime, die zweite entschieden weniger, die dritte, mit Anwendung 3 proc. Carbollösung, einmal keine, einmal 2, eine verschwindend kleine Zahl.

Im Aerztlichen Verein zu Hamburg brachte Kümmell[3]) unsere Frage zur Besprechung, nachdem er schon im Jahre vorher auf dem Chirurgencongress die einschlägigen Versuche mitgetheilt hatte. Kümmell weist daraufhin, wie leicht es sei, Instrumente mit Hilfe von 5 proc. Carbolsäurelösung zu sterilisiren, wie selbst mit stinkenden, jauchigen Massen versetzte Schwämme in 3—4 Minuten mit warmem Wasser und Kaliseife, 1 pro mille Sublimat- oder 5 proc. Carbollösung vollständig desinficirt werden können, und stellt dem gegenüber die grosse Schwierigkeit bei der Sterilisirung der Hände. Die unendlich vielen Falten und Furchen, der Nagelfalz und besonders der Raum zwischen Nagel und Fingerkuppe bilden eben eine nicht leicht fassbare Herberge für Infectionskeime aller Art. Wie der Volkswitz das Richtige trifft, lange bevor der Verstand des Verständigen klar sieht, zeigt sich auch hier wiederum in einem Ausdruck, der wenigstens bei uns in Nürnberg — ob anderswo weiss ich nicht — gang und gäbe ist, in dem Ausdruck: »die Nägel sind sichtig«, also Sucht (Krankheit) erregend.

Im Einzelnen die mannigfaltigen Versuche Kümmel's vorgeführt zu bekommen, das wünschen wohl die verehrten Herren Collegen nicht. Nur das möchte ich hervorheben, dass selbst bei Verwendung 6 proc. Carbollösung mangelhafte Reinigung mit Seife zur Entwickelung von Bacterien Colonieen führte.

Das Resultat, zu dem Kümmell auf Grund seiner eingehenden Versuche kam, ist, dass »unter normalen Verhältnissen nach gründlicher Reinigung der Hände mit warmem Wasser, Seife und Bürste, was etwa einen Zeitverlust von 3 Minuten für beide Hände beansprucht, ein Abreiben mit 3 proc. Carbollösung und 1 pro mille Sublimatlösung zur völligen Desinfection genügt, für inficirte Hände jedoch ein 5 Minuten langes gründliches Abbürsten mit Chlorwasser oder 5 proc. Carbollösung während 2 Minuten erforderlich ist«.

In der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion betonen Fränkel und Schede, dass es doch nicht darauf ankomme die Hände überhaupt pilzfrei zu machen, sondern nur darauf, die pathogenen Mikroorganismen zu entfernen; nach ihrer Anschauung müssten also die Versuche mit eingeriebenen Reinculturen pathogener Pilze angestellt werden. Allein da im Leben nicht Reinculturen, sondern Pilzgemenge die Hände verunreigen, da diese Pilzgemenge dem Desinficienz energischer widerstehen als Reinculturen, und da eingeriebene Culturen wohl auch mechanisch viel loser an den Händen haften als der während des Gebrauches der Hände acquirirte Schmutz, so dürfte doch wohl die Kümmell'sche Anordnung der Versuche den thatsächlichen Verhältnissen und Forderungen der Praxis besser entsprechen.

Auch Paul Fürbringer[4]) ist in seinen Versuchen, die er noch in Jena im W. S. 84/85 begonnen und im Friedrichshainer Krankenhaus in Berlin zu Ende geführt hat, vom gleichen Princip ausgegangen wie Kümmell und Forster, die Hand, so wie sie thatsächlich ist, zum Experiment zu benützen. Da sich aber dabei zeigte, dass der Raum zwischen Nagelrand und und Fingerkuppe oft auch dann noch pilzhaltige Partikel enthielt, wenn beim Einbohren der Fingerspitze in den Nährboden keine Keime abgegeben worden waren, so liess Fürbringer erst die Sterilität des Unternagelraumes als sicheres Criterium des Fehlens jeglicher Pilzwucherung auf der Hand gelten.

Aus den Bemerkungen des Verfassers über den bacteriologischen Charakter des Nagelschmutzes möchte ich herausheben, dass sich der Einfluss der jüngsten Beschäftigung theils direct insofern geltend machte, dass die den bearbeiteten Objecten anhängenden Bacterien im Nagelschmutz wieder vorgefunden wurden, theils indirect in der Weise, dass das berührte Material einen Nährboden abgab, der für bestimmte Parasiten die günstigsten Entwickelungsbedingungen bot. So fanden sich z. B. nach kurzer Gartenarbeit zahlreiche Gartenerdebacillen Colonieen; nach Untersuchung frischen Urins reichlich Mikrococcus ureae. Den goldgelben Traubencoccus fand Fürbringer wiederholt auch dann, wenn tagelang keine Berührung mit Eiter stattgefunden hatte. Aber auch die Kehrseite fehlte nicht. Nach Operationen, bei denen viel Eiter in den Nagelraum gekommen, war wenige Stunden nachher keine Cultur zu bekommen, ein Ergebniss, das doch — wie mir scheint — entschieden gegen die maassgebende Bedeutung von Experimenten mit künstlicher Infection der Hände spricht.

Um die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Arten von Desinfection der Hand zu prüfen, stellte Verfasser an sich und Collegen 13 Versuche an, welche zu dem ihn zunächst etwas überraschenden Resultate führten, dass nicht die Natur des Antisepticums und nicht die Concentration der Lösung desselben den Hauptausschlag giebt, dass vielmehr die Intensität und Zeitdauer der vorbereitenden Behandlung mit Warmwasser, Seife und Bürste den Erfolg wesentlich beeinflusst.

Gerade dieser wandte deshalb Fürbringer sein Hauptaugenmerk zu, darauf bedacht, durch Substituirung intensiver wirkender Substanzen eine Abkürzung der Procedur zu erreichen. Allein die Verwendung freier Alkalien (Kalilauge, Sodalösung) gab ein nicht befriedigendes Resultat; ein noch schlechteres die Reinigung des Unternagelraumes mit Aether. Erst die Einschaltung einer Alkoholwaschung führte zum Ziel, und zwar in ganz brillanter Weise. So kommt Fürbringer schliesslich zu folgender Technik der Hände-Desinfection:

[1]) Centralbl. f. klin. Med., 1885. Nr. 18.
[2]) Langenbeck's Archiv. 1885.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift, 1886. Nr. 32.

[4]) Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes. Prof. G. Fürbringer. Wiesbaden. Bergmann, 1888. 55 Seiten.

»1) Die Nägel werden auf trockenem Wege von etwa sichtbarem Schmutze befreit,

2) die Hände werden eine Minute lang allenthalben mit Seife und recht warmem Wasser gründlich abgebürstet, insbesondere die Unternagelräume bearbeitet,

3) ebenfalls eine Minute lang in Alkohol (nicht unter 80 Procent) gewaschen und darauf sofort vor dem Abdunsten desselben

4) in die antiseptische Flüssigkeit (2 pro mille Sublimatlösung oder 3 proc. Carbollösung) gebracht und mit dieser gleichfalls eine Minute lang gründlich bearbeitet.

Vergleichen wir nun alle die gemachten Vorschläge, so sind uns wohl am sympathischsten die Fürbringer's, da sie bei sicherer Wirkung die kürzeste Zeit — 3 Minuten — in Anspruch nehmen. Ob wir Carbol oder Sublimat verwenden, hängt wohl in erster Linie von der Empfindlichkeit unserer Haut dagegen ab. Ich für meine Person habe, seitdem das Sublimat eingeführt ist, es verwendet und bin viel besser dabei weggekommen als vorher beim Gebrauch der Carbollösungen, welche die Finger rauh, pelzig, gefühllos und rissig machte.

Allerdings können wir auch das Sublimat nicht mehr ganz unbeanstandet passiren lassen, nachdem einer unserer Nürnberger Collegen dem Sublimat eine chronische Quecksilbervergiftung zu verdanken hat; allein wir wenigstens, die wir nicht ausschliesslich mit chirurgischen Patienten zu thun haben, wir brauchen wohl solch' üble Wirkung nicht zu befürchten. Und da überdies Sublimat bedeutend niedriger im Preise ist als Carbol, so darf wohl getrost dem Sublimat der Vorzug gegeben werden, und das um so mehr, als wir jetzt nach den Untersuchungen der letzten Jahre sie uns sehr bequem mit Brunnenwasser herstellen können.

Ohne weiteren Zusatz in Brunnenwasser gelöst, zersetzt sich Sublimat sehr schnell, so dass die Lösung werthlos wird, wie Fürbringer[5]) klargelegt hat. Stütz, der bei Fürbringer's Untersuchungen den chemischen Theil der Arbeiten ausführte, empfahl zur Vermeidung dieses Uebelstandes den Zusatz von 0,5 g Essigsäure zu 1 Liter pro mille Sublimatlösung. Da aber Ziegenspeck[6]) fand, dass Citronensäure in dieser Beziehung noch nachhaltiger wirkt als Essigsäure, so dürfte wohl die Beimischung von 0,4 g Citronensäure auf obiges Quantum noch geeigneter sein. Auf die heftige Controverse zwischen Liebreich[7]) der die frühere ausgiebige, aber den Betheiligten wohl unbekannt gebliebene Literatur hervorholt, und Ziegenspeck[8]) will ich nicht weiter eingehen. Liebreich befürwortet lebhaft den Zusatz von gleichviel Kochsalz oder Salmiak zum Sublimat. Von derselben Idee ist Angerer[9]) ausgegangen. Unterstützt von Schillinger und Emmerich construirte Angerer Pastillen aus Kochsalz und Sublimat in zwei Sorten à 1,0 und 0,5 g Sublimat. Die Pastillen, entsprechend verwahrt, sowie ich sie Ihnen hier in der Originalverpackung vorlege — ihr schönes Aussehen ist durch Eosin-Färbung bedingt — sind haltbar, leicht zu transportiren und billig, sie vereinigen also alle möglichen Vorzüge für den praktischen Arzt, so dass ich sie auf Grund langen Gebrauches den Herren Collegen bestens empfehlen kann.

Durch Victor Meyer[10]) in Göttingen haben Angerer's Angaben Bestätigung gefunden. Gerade wegen der Zweckmässigkeit der Pastillenform darf ich wohl über die Empfehlung der Weinsteinsäure als Corrigens (fünfmal so viel als Sublimat) durch Laplace[11]) kurz hinweggehen. Ausführliche Mittheilungen über einen Theil der letztgenannten Arbeiten finden sich in einem Referat aus der Feder Hans Buchner's in der Münchener med. Wochenschrift 1888. Nr. 11.

Ob das Creolin bei dauernder häufiger Verwendung die Haut nicht reizt, darüber bin ich noch im Zweifel, da das heftige Brennen, das bei Scheidenausspülungen mit $^1/_2$ proc. Lösung auftritt, mich abgehalten hat, von demselben fleissigeren Gebrauch zu machen. Ueberdies ist ein flüssiges Medicament nicht so handlich, nicht so transportabel wie Pastillen.

Mehr Sympathieen verdienen schon aus diesem äusserlichen Grunde Rotter's antiseptische Pastillen[12]). Unser früheres Vereinsmitglied, Herr Stabsarzt Dr. Rotter in München, ging bei Construction derselben von dem orginellen Gedanken aus, die antiseptische Wirkung zu erzielen durch die Vereinigung verschiedener antiseptischer Mittel in einer Lösung, welche jedes einzelne in so geringer Quantität enthält, dess es keine specifisch toxische Wirkung entfalten kann. Rotter kam schliesslich zu folgender Zusammensetzung:

Sublimat	0,05
Carbol	2,0
Zinc. chlorat.	
Zinc. sulfocarbol āā	5,0
Ac. boric.	3,0
Ac. salic.	0,6
Thymoli	0,1
Ac. citric.	0,1

Diese Mischung in 1 Liter Wasser gelöst, besitzt dieselbe antiseptische Kraft gegenüber pathogenen Mikroorganismen wie 1 pro mille Sublimatlösung, und zeigte sich auch dann in ihrer Leistungsfähigkeit nicht geschwächt, wenn Sublimat und Carbol weggelassen wurden. Auch am Krankenbett bestand die Mischung ihre Probe in 27 chirurgischen und 26 gynäkologischen Fällen.

Directe Versuche über die Verwendbarkeit derselben zur Händedesinfectien hat Rotter allem Anscheine nach nicht angestellt, doch bemerkt Herr Dr. Eisenhart, der auf der Winckel'schen Klinik damit arbeitete, dass die Lösung die Haut nicht anzugreifen scheine, dass die Hände nur für einige Zeit ein leicht seifiges Gefühl behielten. Ich selbst habe die Pastillen erst in 4 Fällen benützt, zu wenig, um urtheilen zu können.

Der Preis der Pastillen, die ich den Herren Collegen in ungefärbtem Zustande hier vorlege, ist 6 Pf. pro Stück. Grössere, die nicht wie die kleinen auf $^1/_4$ Liter berechnet sind, kosten 10 Pf.

Die Lösung hat, wie Sie sich hier überzeugen können, nur einen schwachen, nicht unangenehmen Geruch und ist, nach achttägigem Stehen, noch völlig klar.

Dass der Schwerpunkt der Rotter'schen Entdeckung nicht etwa in der Verwendung für die Hände-Desinfection liegt, ist selbstverständlich. Ihre Haupttragweite besitzt die Lösung in ihrer Eigenschaft als ungiftiges Spülmittel für Wunden und Körperhöhlen. Allein gerade weil sie hier so eminente Vorzüge vor den bisher gebräuchlichen Antiseptica bietet, wäre es erwünscht constatirt zu sehen, dass sie auch nach der anderen Richtung hin allen Anforderungen genügt. Vielleicht hat Herr Dr. Rotter die Liebenswürdigkeit, seine Versuche in diesem Sinne noch etwas auszudehnen.

Nun nur noch ein paar Worte über die übliche Einfettung der Finger für die Scheidenuntersuchung. Dass dieselbe speciell bei Schwangeren nicht ganz unbedenklich, ist wohl zweifellos. Bei langjährigem Gebrauch 5 proc. Carbolvaselins habe ich zwar niemals Nachtheile davon gesehen; allein da wir in dem Mollin einen fettähnlichen Körper besitzen, der in Wasser löslich ist, so dürfte wohl, wenn eine Befettung des Fingers bei trockener

[5]) Deutsche Medicinalzeitung, 1886. Nr. 63.
[6]) Centralbl. für Gynäkologie, 1886. Nr. 34.
[7]) Therapeutische Monatshefte, 1887. Heft 1.
[8]) Centralblatt, 1887. Nr. 16.
[9]) Centralblatt für Chirurgie, 1887. Nr. 7.
[10]) Bericht d. D. chem. Gesellschaft, 1887. S. 2970.
[11]) D. med. Wochenschrift, 1887, Nr. 40.

[12]) Centralblatt für Chirurgie, 1888. Nr. 40.

Scheide erwünscht ist, 3—5 proc. Carbol-Mollin einzig und allein am Platze sein. Ich verwende dasselbe zu gynäkologischen Untersuchungen seit mehreren Monaten und war besonders deswegen damit zufrieden, weil es sehr leicht wegzuwaschen ist; erwünscht wäre freilich eine etwas weniger feste Consistenz.

Damit ist nun so ziemlich der Standpunkt entwickelt, den uns in dieser Frage die Wissenschaft heutigen Tages einzunehmen gebietet.

Den Forschern auf diesem Felde sind wir zu Dank verpflichtet, weil sie uns gelehrt haben unnöthige, zeitraubende, unsern Händen schädliche Manipulationen zu vermeiden; wir sind ihnen aber — auch und das in noch höherem Grade — deswegen zu Dank verpflichtet, weil sie uns gezeigt haben, wie wir den Cardinalsatz ärztlichen Handelns zur Durchführung bringen, den Satz: Primum est non nocere.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

1) **Rubner M.: Ueber die Ausnützung einiger Nahrungsmittel im Darmcanale des Menschen.** Zeitschrift für Biologie 1879. Bd. 15. S. 115.

2) **Politis G.: Ueber das Verhältniss der Phosphorsäure zum Stickstoff im Harn bei Fütterung mit Gehirnsubstanz.** Ebenda 1884. Bd. 20. S. 193.

3) **Atwater W. O.: Ueber die Ausnützung des Fischfleisches im Darmcanale im Vergleich mit der des Rindfleisches.** Ebenda 1888. Bd. 24. S. 16.

4) **Bergeat E.: Ueber die Ausnützung der Thymus, der Lunge und der Leber im Darmcanale des Hundes.** Ebenda 1888. Bd. 24. S. 120.

Die in den vorliegenden Untersuchungen gewonnenen Erfahrungen gestatten ein vorläufig abschliessendes Urtheil über den Werth der eiweissreichen animalischen Nahrungsmittel. Diejenigen Bestandtheile der Nahrung, welche auf ihrer Passage durch den Verdauungstractus nicht in die Säfte des Körpers aufgenommen werden, müssen sich im Kothe finden, und es ist ein Leichtes, den auf eine bestimmte Nahrung treffenden Koth beim Menschen und Fleischfresser rein für sich zu gewinnen. Allein der Koth besteht nicht nur aus den unverdauten Stoffen der Nahrung, sondern er enthält ausserdem in wechselnden Mengen Reste der in den Darm ergossenen Secrete der Verdauungsdrüsen neben zerstörten Formelementen der Darmwandungen. Ausschliesslich aus diesen beiden letzteren Gruppen von Stoffen besteht bekanntlich der Koth, welchen ein hungerndes Thier abscheidet — der Hungerkoth und auch das Meconium, und mit grösster Wahrscheinlichkeit der Koth bei Fleischfütterung, der Fleischkoth, und überraschend ist die Constanz der Zusammensetzung und der Menge des bei gleichen Fleischmengen producirten Kothes. Bei Fütterung mit anderen animalischen Nahrungsmitteln ist die Menge des Kothes gegenüber der Fleischfütterung vermehrt; ob diese Vermehrung von einer weniger vollständigen Verdauung und Resorption, oder von vermehrter Secretion der Verdauungssäfte herrührt, ist eine noch offene Frage, wenn man auch aus bestimmten Gründen sich der letzteren Meinung zuneigt.

Wir sind nun leider nicht im Stande, die Ueberbleibsel der aufgenommenen Nahrung von den besprochenen Beimengungen im Kothe zu trennen, sondern müssen uns begnügen, die einzelnen Stoffe und Stoffgruppen, wie den Stickstoff, die Fette etc. zusammen zu bestimmen. Wenn wir den absoluten Gehalt des Futters und des entsprechenden Kothes an diesen Körpern vergleichen, gewinnen wir Verhältnisszahlen, welche wir zwar mit Unrecht als Verlust bezeichnen, welche uns aber als Vergleichsmittel für den Werth der einzelnen Nahrungsmittel genügen.

Man ist oft gezwungen, sich mit derartigen Versuchen auf den Hund zu beschränken, und nicht selten begegnet man der Frage, ob es zulässig ist, die am Fleischfresser constatirten Thatsachen auf den Menschen auszudehnen. Von theoretischen Gesichtspunkten aus ist zu erwarten, dass der gesunde Mensch auf Grund der grösseren Masse seiner Verdauungsorgane mehr Koth bilde, als der Hund. Die Versuche sprechen in diesem Sinne; die gefundenen Differenzen sind jedoch nicht gross genug, um das Vorurtheil zu stützen, dass der Darm des Hundes stärkere Säfte erzeuge, also besser verdaue wie der Darm des Menschen. Die einfachen Zubereitungsweisen der animalischen Nahrungsmittel haben, wie bekannt, auf die Ausnützung bei Gesunden keinen nachweisbaren Einfluss.

Für die Beurtheilung animalischer Nahrungsmittel von grösster Bedeutung ist der Gehalt an Stickstoff; und der »Verlust« daran sowie an Trockensubstanz soll in nachfolgender Zusammenstellung als Vergleichsmittel dienen.

Der Verlust durch den Koth beträgt nach Versuchen am Menschen bei Aufnahme von

	Procent der verzehrten Trockensubstanz	Procent des verzehrten Stickstoffes
Rindfleisch (Braten)	4,3	2,5
»	4,7	2,5
»	5,6	2,8
Schellfisch gekocht	4,8	2,0
Eier	5,2	2,9
Milch	7,8	6,5

Nach Versuchen am Hund bei Aufnahme von

	Procent der verzehrten Trockensubstanz	Procent des verzehrten Stickstoffes
Rindfleisch roh	4,33	2,1
» »	3,4	2,2
Schellfisch roh	3,2	1,6
Thymus (Bries)	7,4	3,2
Leber	4,94	3,3
Lunge	8,4	4,2
Gehirn	42,6	13,9

Diese kleine Tabelle zeigt uns, dass die Ausnützung des Fleisches im Darme des Menschen und des Hundes die gleiche ist; wir tragen kein Bedenken, die Ergebnisse des Thierversuches auf den Menschen anzuwenden und uns dahin auszusprechen, dass das Fleisch des Rindes und des Schellfisches vollkommen verdaut werden, dass Bries und Leber, Milch und Eier in Beziehung der Ausnützung im Darmcanale fast gleichstehende Nahrungsmittel sind, die Lunge dem Fleische nahesteht, wogegen das Gehirn weit hinter alle zurücktritt. Die Rindsleber und die Lunge der Schlachtthiere und insbesondere die Seefische sind bei ihrem unverhältnissmässig niedrigem Marktpreise für die Volksernährung von der grössten Bedeutung und vollkommen geeignet, das Fleisch bis auf einzelne Fälle zu vertreten.

Die angeführten Versuchsresultate gaben der weitverbreiteten Auffassung, wonach Fische und Leber eine schwerverdauliche, Gehirn und Thymus eine leichtverdauliche Speise wären, keine Anhaltspunkte; was man im gewöhnlichen Leben leicht und schwer verdaulich nennt, wird zumeist durch die Gefühle bestimmt, welche während der Verdauung eintreten, während wir dasjenige Nahrungsmittel das am leichtesten verdauliche nennen müssen, welches den geringsten Rückstand im Koth hinterlässt, und am raschesten in die Säfte übergeht.

Was namentlich das Gehirn und die Thymus für die Ernährung der Kranken und Reconvalescenten empfiehlt, ist neben ihrer weichen Consistenz der Reichthum an Extractivstoffen, welchen sie ihren Wohlgeschmack verdanken. Dr. Bergeat.

Pawlowski: Culture des bacilles de la tuberculose sur la pomme de terre. Annal. de l'institut Pasteur 1888. No. 6. S. 303.

Bisher war es nur gelungen, Tuberkelbacillen auf erstarrtem Blutserum und in Bouillon, in neuerer Zeit auch auf glycerinhaltiger Agar zum Wachsthum zu bringen; auf vegetabilischen Substraten war niemals Wachsthum erhalten worden. Verfasser ist es nunmehr geglückt, auch diese Aufgabe zu lösen, und die Tuberkelbacillen auf, in gewöhnlicher Weise präparirten und sterilisirten Kartoffelstücken zum Wachsthum zu bringen. Die einzig nöthige Vorsichtsmaassregel besteht darin, die, durch gründliches Einreiben des Aussaatmateriales auf die Oberfläche inficirten Kartoffelstücke durch Einschmelzen in Glasröhren von jeder, auch nur spurenweisen Austrocknung der Oberfläche zu

bewahren. Die Röhren werden alsdann bei 39° aufbewahrt und zeigen am 12. Tage die erste Andeutung einer Entwicklung der Cultur, die mit der Zeit immer üppiger wird. Mikroskopisch zeigen sich die auf Kartoffeln cultivirten Tuberkelbacillen viel breiter als die auf Serum cultivirten, übrigens nach Ehrlich leicht färbbar. Bei Thieren zeigen sich dieselben ebenso virulent, wie die auf anderen Medien cultivirten. B.

A. Bier: Ein Fall von Akromegalie. (Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Kiel.) Lipsius u. Tischer. 1888.

Ein casuistischer Beitrag zu diesem erst neulich von P. Marie aufgestellten und Akromegalie genannten Krankheitsbild, dessen auffallendstes Symptom in der Vergrösserung peripherer Körpertheile, besonders der Hände, Füsse und des Gesichtes liegt, daneben Verkrümmung der Wirbelsäule und verschiedene neuropathische Erscheinungen. Zwei gelungene Illustrationen erläutern die Krankengeschichte. Garrè-Tübingen.

Dr. **F. Winckel: Lehrbuch der Geburtshülfe, einschliesslich der Pathologie und Therapie des Wochenbettes.** Für praktische Aerzte und Studirende. Mit 180 Holzschnitten im Text. Leipzig. Verlag von Veit und Comp. 1888.

Eine voll ausgereifte Frucht einer beinahe 30 jährigen erfahrungs- und arbeitsreichen Thätigkeit bietet Winckel mit dem vorliegenden auf breiter Basis aufgebauten Lehrbuche der Geburtshülfe dem Praktiker wie dem Studirenden dar. Abgesehen davon, dass der Verfasser uns mittheilt, dass er 6 Jahre auf die Ausarbeitung des Werkes verwandte, und die stattliche Anzahl von nahezu 20000 eigenen Geburtsbeobachtungen das grundlegende Material seiner Ausführungen bildet, besteht der grosse Werth des Buches in der eigenartigen wissenschaftlichen Thätigkeit, die der Verfasser und seine zahlreichen Schüler bis in die letzte Zeit herein entwickelten. Man kann in dieser Beziehung sagen, dass Winckel vom Beginn seiner Thätigkeit auf dem Gebiete der Geburtshilfe die Herausgabe seines Lehrbuches absichtlich oder unabsichtlich vorbereitet hat. Nehmen wir irgend ein beliebiges Capitel des Buches heraus, überall finden wir vom Verfasser selbst oder von seinen Assistenten und Schülern mit Fleiss und Gründlichkeit abgefasste Arbeiten, die das Material der verschiedenen Kliniken, an denen W. thätig war, zusammengetragen und kritisch gesichtet haben. Dadurch ist der Verfasser überall im Stande mit sicheren Daten gründlicher Beobachtungen zu den einzelnen Fragen Stellung zu nehmen, ein Vorzug, der manchem anderen Lehrbuch auch auf anderen Gebieten der Medicin nicht immer im gleichen Maasse nachgerühmt werden kann.

Mit dieser Fülle eigener Beobachtungen verbindet sich in dem Lehrbuche eine gründliche Kenntniss und Verarbeitung der geburtshilflichen Literatur und ist besonders auch der historischen Entwickelung der einzelnen Abschnitte in dankenswerther Weise Rechnung getragen. Eine grosse Anzahl recht guter Abbildungen, fast ausschliesslich wiederum vom Verfasser selbst beobachteter Präparate etc. illustrirt das Werk.

Die Eintheilung eines geburtshilflichen Lehrbuches ist von Haus gegeben, indem dieselbe in die beiden Hauptabschnitte der Physiologie und Pathologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zerfällt, denen sich die geburtshilfliche Operationslehre als besonderer Abschnitt anreiht. Der breiteste Raum ist, dem Zwecke des Buches entsprechend, der Pathologie und Therapie der Geburt eingeräumt, ohne dass desshalb die übrigen Abschnitte irgend wie verkürzt wären. Im Allgemeinen beherrscht ein conservativer Zug die Lehren des Verfassers, welche in mancher Beziehung nicht von allen Seiten getheilt werden dürften, doch ist überall auf entgegengesetzte Anschauungen, soweit sie in der Literatur hervorgetreten sind, Rücksicht genommen und die Vortheile des einen oder anderen Verfahrens kritisch und an der Hand der Statistik abgewogen. Sehr lesenswerth erscheint ferner der Abschnitt über die Pathologie des Wochenbettes. Winckel hat sich bekanntlich gerade auf diesem Gebiete das bleibende Verdienst gesichert, als einer der Ersten die lange verkannten Semmelweiss'schen Lehren voll und ganz acceptirt zu haben und ist bereits vor langer Zeit in seiner »Pathologie und Therapie des Wochenbettes« (Berlin 1866) mit einer Fülle klinischer und pathologisch-anatomischer Beobachtungen in diesem Sinne aufgetreten. Es ist daher nur natürlich, dass wir im vorliegenden Lehrbuch ein gründliches Bild des gegenwärtigen Standes dieser so unendlich wichtigen Fragen erhalten. Sehr erwünscht wird dem Praktiker ein kurzer Anhang über die Pathologie des Neugebornen sein.

Unter diesen Umständen kann das Winckel'sche Lehrbuch nur in jeder Beziehung auf's Wärmste empfohlen werden und erscheint es gar nicht zweifelhaft, dass dasselbe sich in kurzer Zeit einen grossen Leserkreis erringen wird. Gerade dieser Umstand, dass voraussichtlich in Bälde eine neue Auflage dieses Werkes zu erwarten ist, veranlasst den Referenten ein kleines Bedenken auszusprechen, welches ihm bei der Lectüre des Werkes aufgestiegen ist. Es wurde bereits oben bemerkt, dass bei den einzelnen Abschnitten die zum Theil sehr zahlreichen Anschauungen verschiedener Autoren mit grosser Gründlichkeit und Genauigkeit angeführt sind. Wenn nun auch der Verfasser nie versäumt, seine eigene Ansicht hervorzuheben, so möchte es uns doch, insbesondere für den Studirenden, praktischer dünken, wenn die Letztere durch einen besonderen Druck mehr hervorgehoben würde, wenn also z. B. die Anschauungen anderer Autoren in kleinerem Druck angeführt würden. Diese kleine Umarbeitung dürfte ohne wesentliche Schwierigkeiten durchzuführen sein und dadurch die Uebersichtlichkeit und der praktische Werth des vortrefflichen Werkes nur noch mehr gewinnen.

Frommel.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 12. December 1888.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Der Vorstand hat dem Generalarzt der Armee, Dr. v. Lauer, Excell., die Glückwünsche zu seinem 60jähr. Dienstjubiläum dargebracht und überbringt den Dank des Gefeierten.

Die Gesellschaft ehrt das Andenken des verstorbenen Collegen Dr. Constantin Lender durch Erheben von den Sitzen.

Die Enthüllung des Denkmals für Loewe-Calbe findet am Sonntag den 16. ds. auf dem hiesigen Matthäikirchhofe statt.

Herr **Küster** stellt einige geheilte Fälle von Empyem vor. Er hat seit 1872 mit einer eigenen Methode gute Erfolge erzielt, welche im Wesentlichen darauf beruht, möglichst früh zu operiren, den tiefsten Punct der Höhle zu eröffnen und eine oder mehrere Rippen zu reseciren. Seine Operirten sind hauptsächlich Kinder; die Vertreter der inneren Medicin stehen wesentlich auf dem Standpunct, dass man bei Kindern auch ohne Operation häufig auskommt, dass eine Difformität des Thorax Folge der Operation sei, welche sich nachher nicht zurückbilde. Die vorgestellten Fälle beweisen das Gegentheil.

Ein anderer Patient litt an einem tuberculösem Empyem, welches bekanntlich bei den Internisten für ein Noli me tangere gilt. Obgleich der Patient seit der Operation schon mehrfach Hämoptysen überstanden hat, ist sein Aussehen und Befinden immer noch ein vortreffliches.

Herr **Blaschko: Ueber Dermatitis herpetiformis.**

Hebra ist in dem wohlberechtigten Bestreben, den Wust der alten dermatologischen Anschauungen durch einige wenige, wohlumschriebene Krankheitsbilder zu ersetzen, an manchen Stellen etwas zu weit gegangen. Es giebt Symptomencomplexe, die man nicht in sein System einreihen kann. Daraus entspringen mancherlei Streitpuncte und Unklarheiten und so steht es auch mit der Dermatitis herpetiformis.

Die Krankheit ist nun erst 1884 von dem amerikanischen Dermatologen Dühring, beschrieben: In mehr oder minder deutlich von einander abgegrenzten Anfällen tritt unter heftigem Jucken ein Exanthem von ausserordentlicher Polymorphie auf; meist herpesartige Bläschen, die sich auch in der Folge wie solche verhalten, aber auch neben ihnen oder an ihrer Stelle Knötchen oder erythematöse Flecke, Pusteln und grosse, schlaffe,

pemphigusähnliche Blasen. Danach unterscheidet **Dühring** eine bullöse, eine herpetische u. s. w. Form. Diese verschiedenen Formen entwickeln sich innerhalb 2—3 Tagen, bleiben einige Zeit stationär und bilden sich dann zurück; die Haut bleibt noch lange dunkel pigmentirt. Solche Anfälle wiederholen sich nach Pausen auf den alten oder auf anderen Hautstellen. In dieser Weise kann sich der Process über Jahre erstrecken, aber auch bald erlöschen.

Dühring subsumirt unter die Krankheit noch die sogenannte Impetigo herpetiformis, die Hydroa und manche von neueren Autoren beschriebene andere Form. Er fand vielen Widerspruch, nicht mit Unrecht, weil es ihm nicht gelungen ist, ein klares Krankheitsbild zu schaffen, weil er widersprechende Typen zusammenwarf, und besonders, weil er die Impetigo herpetiformis, welche fast nur bei Schwangeren erscheint und fast ausnahmslos zum Tode führt, mit der harmlosen obigen Form gleichstellte.

Dennoch hat sein Krankheitsbild eine gewisse Berechtigung. Blaschko hat 4 Fälle beobachtet.

Der erste betrifft eine 23jährige Frau, welche im Anschluss an ihr zweites Wochenbett vor $2^1/_2$ Jahren zum ersten Male erkrankte. Es traten damals plötzlich an Arm, Brust, Bauch und Gesicht und später den Oberschenkeln eine Reihe heftig juckender Flecke, Bläschen und Pusteln auf. Die Krankheit heilte spontan nach wenigen Monaten. Im Frühjahr dieses Jahres wurde an ihr eine Abrasio uteri wegen Abort-Blutungen vorgenommen. Drei Tage nachher wurde sie von dem gleichen Ausschlag befallen. Es fanden sich Flecke, Knötchen, Bläschen und Pusteln, die Bläschen zumeist stecknadelkopfgrosse, aber auch erbsengrosse dazwischen. Sie standen auf geröthetem Grunde, meist einzeln, aber auch in Gruppen, die normale Haut auf dem ganzen Körper, dazwischen aber vorwiegend auf den Beugeseiten der Extremitäten, Bauch und Brust. Nach einer Pause kam ein neuer Anfall, die Heilung erfolgte nach Gebrauch von 10 g Solut. Fowleri. Die braune Pigmentirung der Haut war noch nach 2 Monaten deutlich.

Der zweite Patient bekam im November vorigen Jahres in beiden Kniekehlen etwa handtellergrosse, stark juckende Flecke, in welchen sich Knötchen und Bläschen entwickelten. Seitdem sind ähnliche Exantheme in Pausen fortwährend erschienen, während die alten eintrockneten. Es ist meist wohl characterisirter Herpes, einmal aber waren es stark erythematöse Flecken. Arsen hat wesentliche Besserung gebracht, sodass eigentliche Anfälle nicht mehr auftreten, nur noch vereinzelt sind schlaffe Blasen erschienen. Auch hier bleiben braune Pigmentflecke.

Beiden Fällen ist gemeinsam das schubweise unter heftigem Jucken erfolgende Auftreten eines vielgestaltigen, aber vorwiegend bläschenförmigen Exanthems, welches unter Zurücklassen einer braunen Pigmentirung abheilt. Verschieden ist die Länge der Pausen, welche in einem Falle fast 2 Jahre betrug, und der Zusammenhang in diesem Falle mit dem Puerperium, während im zweiten die Pausen höchstens 4 Wochen währten.

Diese Fälle sind in keine bekannte Categorie einzureihen: Das Erythema multiforme juckt nicht und verläuft kürzer; Herpes Iris hat die charakteristischen Ringe, mit Pemphigus ist es gar nicht zu verwechseln. Dagegen sehen sie dem Dühring'schen Bilde sehr ähnlich.

Nun finden sich in der Zeit von Hebra Formen beschrieben, welche dem von Dühring neuerdings wieder gezeichneten Bilde sehr nahe kommen, unter den Namen Herpes phlyctaenoides und miliaris, mit allen wesentlichen Symptomen der Dühring'schen Form, ebenso die Hydroa von Tilbury Fox und seinen Nachfolgern und die von Behrendt beschriebene Phlyctaenulosis aggregata. Sie haben alle die gleichen Characteristika und nehmen eine Mittelstellung zwischen Herpes, Pemphigus und Erythema ein. Eine gewisse Sonderstellung nehmen noch die im Anschluss an Schwangerschaft und Wochenbett auftretenden Formen ein, welche auch als Herpes gestationis bezeichnet worden sind. Es ist wohl nicht eine Krankheit, sondern eine ganze Gruppe.

In der Aetiologie scheint weniger die in Frankreich beliebte arthritische Dyskrasie, als nervöse Einflüsse maassgebend zu sein, wie auch bei vielen Formen des Herpes; die Affection ist vielfach bei Rückenmarksleiden und chronischen Neurosen beobachtet worden.

Therapeutisch ist das Arsen zu empfehlen, welches in allen Fällen Heilung oder wesentliche Besserung gebracht hat.

Herr **Behrendt** hat die Experimente des Herrn Joseph nachgeprüft, welche so überraschende Resultate für die Aetiologie der **Alopecia areata** gebracht haben. Herr Joseph hat Katzen das zweite cervicale Intervertebralganglion exstirpirt und jedes Mal Haarausfall beobachtet. Behrendt hat bei neun Katzen dasselbe gemacht und jedesmal mit absolut negativem Erfolge.

Herr Joseph hat selbst in 25 Fällen einen negativen Erfolg gehabt und kann Herrn Behrendt nur rathen, seine Versuche fortzusetzen, um ebenfalls positive Resultate zu erhalten.

Herr Behrendt erklärt es für ein ganz neues Bekenntniss, dass Herr Joseph in so viel Fällen Misserfolg gehabt hat.

Herr Munk ist der Ansicht, dass in der experimentellen Nervenphysiologie noch weniger als 9 Experimente Beweiskraft haben. Die Durchschneidung eines Nerven bringt entweder ein bestimmtes Resultat hervor oder nicht. Also wird der von Herrn Joseph beobachtete Haarausfall wohl keine Folge eines Ausfalles von trophischen Nerven sein, sondern auf secundäre Ursachen, Abscesse u. s. w. zurückzuführen sein.

Discussion über die Demonstration des Herrn **v. Bergmann: Geheilter Gehirnabscess.** (Vergl. Nr. 50.)

Herr Hartmann hat den betr. Fall Herrn v. Bergmann überwiesen und theilt seine Beobachtungen mit.

Patient litt seit seiner Kindheit an eitriger Otorrhoe; acht Tage vor seiner Aufnahme stellte sich heftiger Kopfschmerz ein. Der äussere Gehörgang war ödematös, das Trommelfell total zerstört, die Paukenhöhle mit käsigem, eingedicktem Eiter erfüllt. Die Behandlung bestand in Ausspritzungen. Es gelang, die Secretion einzuschränken und ihr den fötiden Charakter zu nehmen. Die anderweitigen Erscheinungen, namentlich Kopfschmerz blieben. Constatirt wurde ferner die Pulsverlangsamung, Ungleichheit und träge Reaction der Pupillen. Darum wurde der Patient Herrn v. Bergmann überwiesen.

Die Angriffe des Herrn v. Bergmann auf die otologische Therapie der Ausspritzungen haben mich befremdet. Der Abscess bestand bereits, als der Patient in unsere Behandlung kam; bestand eine directe Communication zwischen dem Abscess und der Paukenhöhle, so musste der käsige Eiter gewiss entfernt werden; bestand keine solche, so musste es auch geschehen, um die Infectionsquelle zu beseitigen. Die Otologen erfreuen sich der Anerkennung der englischen Chirurgen, welche bisher die grössten Erfolge der operativen Hirnchirurgie aufzuweisen haben, im höchsten Maasse. Das Zusammenwirken der Otologen mit dem Chirurgen zeitigt die besten Erfolge.

Was das Ausspritzen betrifft, so ist es ein Mittel, welches allerdings in wenigen Fällen tödtlichen Ausgang herbeiführen kann, nach einer Statistik von 446 Fällen in 5 = 0,7 Procent gegenüber einer Heilungsziffer von mehr als 56 Proc. und einer entsprechenden Zahl von annähernder Heilung. Ein solches Verfahren, mag es auch nicht ideal sein, ist doch so lange werthvoll, als kein besseres angegeben wird.

Herr v. Bergmann ist der Otologie sehr dankbar, bittet auch fernerhin um die Cooperation der Ohrenärzte und speciell um Zuweisung von Gehirnabscessen, und erklärt, dass er durchaus nicht der Ansicht ist, die Ausspritzungen hätten im vorliegenden Falle den Abscess gemacht, der augenscheinlich sehr viel älter war.

Was das Spritzen betrifft, so weiss er kein besseres Mittel, muss aber seine Einwände aufrecht erhalten. Die grosse Chirurgie ist vom Spritzen fast ganz zurückgekommen; wo es möglich ist, ersetzt sie es durch andere Mittel, weil dadurch die Entzündungserreger in noch gesunde Gewebsinterstitien gepresst werden und dort Phlegmonen erzeugen. Vielleicht wäre das Auskratzen zu ermöglichen.

Herr Küster hat in 39 Fällen die Aufmeisselung des

Processus mastoides gemacht. 6 Patienten starben, 4 an Gehirnabscess zu einer Zeit, wo man dieselben noch nicht eröffnet, 2 an Meningitis; an den Folgen der Operation mithin keiner; ein sehr befriedigender Erfolg. Er ist der Ansicht, dass in vielen Fällen die Aufmeisselung des Proc. mast. genügt, um hartnäckige Otorhoen zu beseitigen, besonders überall da, wo der Warzenfortsatz der primäre Sitz der Entzündung ist, also bei allen Cholesteatomen, tuberculösen und osteomyelitischen Herden in der Spongiosa des Fortsatzes, wenn letztere vorkommen. Wo die Cellulae mastoideae secundär ergriffen werden, soll man ebenfalls nicht zu lange mit dem Eingriff warten. Ist das Trommelfell und die Gehörknöchelchen verloren, so drainirt man durch den äusseren Gehörgang: sind sie erhalten, so müssen sie auch geschont werden. Auch dann ist die Reinigung, wenn auch schwerer, so doch genügend und die Resultate befriedigend.

Nachtrag zur Discussion über den Vortrag des Herrn **Schüller: Ueber künstliches Knochenwachsthum beim Menschen.** [1]) (Sitzung vom 5. Dec. 1888.)

Herr Schüller bemerkt zunächst Herrn Bidder, dass bei dem Falle von Genu valgum hinterher keine weitere orthopädische Behandlung eingetreten sei. Patient habe nur denselben Apparat, articulirte Aussenschienen an einem Beckengurte fortgetragen, welchen er vorher über ein Jahr ohne Erfolg getragen habe. Also habe wesentlich die jetzt eingeschlagene Behandlung den günstigen Erfolg gehabt. — Herrn Wolff gegenüber acceptire er, was Herr Bidder gesagt habe, und beschränke sich deshalb nur auf wenige Bemerkungen. Er wolle sich mit ihm nicht auf den alten Streit über das appositionelle und interstitielle Wachsthum einlassen. Er theile die allgemeine Ueberzeugung, dass zumal für das Längenwachsthum der Röhrenknochen der Schwerpunct auf dem appositionellen Wachsthum liege. Die von Herrn Wolff urgirte »Irritation par distance« Ollier's brauche S. gar nicht anzunehmen, da er den Reiz mit den Stiften nicht in die Mitte der Diaphyse, sondern an das Diaphysenende verlegt habe. Das sei absichtlich von ihm geschehen, weil ein Stift unter aseptischen Maassregeln für sich allein einen so geringen Reiz abgebe, dass zu befürchten sei, er reiche, in der Mitte der Diaphyse angebracht, nicht bis zum Intermediärknorpel, von dem das Wachsthum ausgehe. Ausserdem sei dies nothwendig, wenn man, wie beim Genu valgum, den Reiz an einer bestimmten Stelle anbringen wolle. Die übrige Behandlung sei natürlich auch dann wesentlich, um eben an der vorher (durch den Stift) gereizten Stelle eine stärkere Hyperämie und Proliferationsvorgänge am Intermediärknorpel hervorzurufen. Dass unter dem Einflusse der Stifte thatsächlich eine stärkere Vermehrung des Wachsthums, wie ohne solche, erzielt sei, ergebe sich leicht aus einer Vergleichung der Fälle. Was noch den Fall von Genu valgum anlange, so seien die Einwendungen Wolff's irrelevant. Das von Schüller gewählte Verfahren fände seine volle Berechtigung auch, wenn man beim Genu valgum nur veränderte statische Verhältnisse annehme. Schüller habe eben da, wo in Folge des grösseren Druckes das Wachsthum gehemmt wurde, aussen dasselbe zu vermehren und somit die Verlängerung des Femur-Diaphysenendes auf der inneren Seite durch das gesteigerte Wachsthum auf der Aussenseite zum Ausgleich zu bringen gesucht, wie es auch gelungen sei.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 10. December 1888.

1) Herr **Sperling** demonstrirt zwei von ihm auf der Mendel'schen Poliklinik beobachtete Fälle, nämlich 1) eine **Peroneus-Lähmung,** bei welcher die gewöhnlichen motorischen Symptome, aber eigenthümliche, ausgebreitete sensible Störungen (Anästhesie) an Unterschenkel und Fuss nachzuweisen sind. Die Lähmung ist auf ein Trauma, die begleitende Anästhesie auf accidentelle Neuritis einzelner Hautäste zu beziehen. 2) eine isolirte Lähmung des Nervus-suprascapularis: nach den Fällen von Bernhardt und Hoffmann der dritte derartige Fall. Der Vortragende analysirt die einzelnen Symptome und hebt hervor, dass in seinem Falle der angulus scapulae der Medianlinie näher gerückt war, die Scapula also eine kleine Drehung um ihren inneren Winkel gemacht hatte. Dies entspreche der Duchenne-schen Auffassung von der Function der verschiedenen Schultermuskeln, während in den beiden anderen Fällen eine Entfernung der Schulterblattspitze von der Mittellinie angegeben ist.

2) Herr **Westphal:** Ich habe vor einiger Zeit hier einen Fall von **Ophthalmoplegia externa** besprochen und die betreffenden Präparate demonstrirt. Ich machte dabei auf zwei neue Ganglienzellengruppen in der Gegend des vorderen Theiles des Oculomotorius-Kernes aufmerksam, welche ich den medialen und den lateralen Kern nannte. Neuerdings habe ich gefunden, dass hier ausser diesen beiden soeben genannten Kernen eine weitere neue Ganglienzellengruppe existirt, nach aussen und vorn von den beiden ersten gelegen. Die Zellen sind in kreisförmiger Gruppirung angeordnet, und ich will sie deshalb »Kreisgruppe« nennen. Ich bin bei der Untersuchung eines pathologischen Falles auf diese neue Kreisgruppe aufmerksam geworden, habe sie aber auch an normalen Präparaten wiedergefunden. In normalen Präparaten sind etwa 50—60 Ganglienzellen in der Kreisgruppe vorhanden; in meinem pathologischen Falle (Atrophie) dagegen nur 25. — Bemerkenswerth ist noch, dass in einem Falle von Oculomotorius-Atrophie die Kreisgruppe mit von der Atrophie ergriffen war; dagegen die beiden andern neuen Kerne, der mediale und laterale, nicht. (Demonstration.)

Herr Westphal demonstrirt sodann noch die Abbildung eines interressanten Präparates: ein mikroskopischer Schnitt durch eine Abducens-Wurzel an der Stelle, wo sie durch einen sklerotischen Fleck hindurch geht: es ist genau zu sehen, dass es identische Fasern sind, welche da, wo sie durch den sklerotischen Fleck hindurch gehen, lichtbraun tingirt sind, während sie ausserhalb dieser Stelle die normale Schwarzfärbung zeigen. — (Schluss folgt.)

56. Jahresversammlung der British medical Association

zu Glasgow vom 7.—10. August 1888.

(Nach Brit. med. Journal referirt von Dr. Philippi-Felsberg.)

(Fortsetzung.)

Section für innere Medicin.

Bei der Discussion über **Rachitis** führte Herr Cheadle aus, dass diese Krankheit nicht bloss eine Affection der Knochen sondern auch der Muskeln, Ligamente, Schleimhäute, Haut des Blutes und des Nervensystemes darstellt. Als wirkliche und wesentliche Ursache derselben wurden Ernährungsstörungen bezeichnet, mögen dieselben auf angeborener Schwäche der Verdauungsorgane beruhen (wie bei der auch an natürlich ernährten Kindern nicht ganz selten vorkommenden Rachitis) oder auf mangelhafter und fehlerhafter Ernährung, wie dieselbe ja oft genug bei Flaschenkindern vorkommt. In zweiter Linie kommen allgemein hygienische Mängel, als schlechte Luft, mangelhafte Pflege, ungenügende Kleidung etc. hinzu. Der Hauptmangel bei künstlicher Ernährung namentlich bei Darreichung von stärkemehlhaltiger Nahrung ist die Abwesenheit von animalischem Fett und Proteiden, vielleicht auch von Kalkphosphat. Experimentell ist die Wichtigkeit des animalischen Fettes sowie der Erdphosphate an jungen Löwen im Zoologischen Garten schlagend dokumentirt worden, indem dieselben durch einen Zusatz von Leberthran und pulverisirter Knochen in Milch zu ihrer Nahrung kräftig gediehen, während sie sonst regelmässig an hochgradiger Rachitis zu Grunde gegangen waren. Congenital ist Redner das Leiden niemals vorgekommen, jedoch hat er einzelne Fälle einer so frühzeitigen Entwickelung desselben gesehen, dass die Möglichkeit des Entstehens desselben in utero nicht ausgeschlossen zu sein scheint. Als interessanter Gegensatz hierzu ist die Rachitis tarda noch zu erwähnen, deren Vorkommen unzweifelhaft (Path. Trans. XXXII) aber deren

[1]) Von Herrn Prof. Schüller uns freundlichst zur Verfügung gestellt. Red.

Aetiologie noch völlig dunkel ist. Ferner kommt hier noch der Kinderskorbut als wichtigste Complication neben Syphilis in Betracht. Die Aetiologie desselben ist ungefähr dieselbe wie diejenige der Rachitis; die Symptome sind dieselben wie beim Skorbut der Erwachsenen. —

Herr Ogston (Aberdeen) besprach die chirurgische Behandlung rachitischer Anomalien, und empfahl zur Correction der säbelförmigen Tibia die Excision eines keilförmigen Knochenstückes als alleinig zweckdienliches Verfahren. Beim Plattfuss, dessen Entstehung einzig und allein auf dem Vorhandensein von Rachitis und zwar der Spätform derselben, der sogenannten Rachitis adolescentium, beruht, empfiehlt er gleichfalls einen operativen Eingriff. Der Plattfuss entsteht, wenn der Fussbogen im Chopart'schen Gelenk nachgiebt und der Astragaluskopf sich hinter dem Kahnbein nach innen und unten vordrängt. Um diese Verschiebung aufzuhalten, hat Verfasser den Knorpelüberzug der beiden Knochen am Taloscaphoidgelenk abgelöst und knöcherne Vereinigung derselben herbeigeführt. Das Resultat bei seinen bisherigen 47 Operationen war sehr befriedigend.

Verschiedenes.

(Handverkauf des Antifebrin.) Zur diesbezüglichen Mittheilung des Herrn Seifert in Nr. 49 d. W. schreibt uns Hr. Medicinalrath Dr. G. Merkel, datirt Nürnberg, 12. December, Folgendes:

Im Mai dieses Jahres wurde im Aerztlichen Localverein dahier Mittheilung davon gemacht, dass ein Patient, welchem vom Arzte Antifebrin verordnet worden war, gegen die bestimmte Weisung des Arztes 10 Dosen à 0,5 rasch hintereinander weg genommen habe, dass sich darauf die bekannten Vergiftungserscheinungen und ein so schwerer Collaps eingestellt habe, dass es nur mit Mühe gelungen sei, den Menschen am Leben zu erhalten. Daran anschliessend wurde mitgetheilt, dass ein anderer Patient in einer hiesigen Apotheke ohne ärztliche Ordination im Handverkauf 6,0 Antifebrin als ein probates Mittel gegen Migräne erhalten habe. Nachdem er die 6 g rasch hintereinander weg genommen hatte, stellte sich unter den bekannten Erscheinungen schwerster Collaps ein und es bedurfte der ganz energischen Behandlung des nunmehr herbeigerufenen Arztes, um dem Kranken das Leben zu erhalten.

Gleichzeitig wurden die ersten Mittheilungen von heftigen Erregungszuständen gemacht, welche Antipyringaben von 3—5 g folgten, die gegen hysterische Beschwerden nervöser Damen gegeben worden waren, und ich selbst theilte sehr unangenehme Abstinenzerscheinungen, welche ich nach längerem Gebrauch von Antipyrin an mir selbst gemacht hatte, mit. Ich hatte während eines Vierteljahres an Ischias gelitten, welche ich mir durch eine Verkühlung nach einem warmen Bade zugezogen hatte. Während ich des Tages meinem Beruf ohne allzugrosse Beschwerden nachgehen konnte, litt ich Nachts an mehrere Stunden währenden heftigsten ischiadischen Schmerzanfällen, die sich einstellten, nachdem ich 4—6 Stunden ausgestreckt zu Bett gelegen und geschlafen hatte. 2—4 g Antipyrin schafften mir je nach der Schwere der Anfälle sicher Ruhe. So hatte ich in einem Vierteljahre über 150 g Antipyrin genommen.

Unter dem Curgebrauch in Wiesbaden schwand die Ischias zauberhaft schnell, aber Nachts zu den Stunden, zu welchen ich sonst Antipyrin genommen hatte, stellte sich das quälendste Oppressionsgefühl mit Angstzufällen ein, das sofort zu stillen war, wenn ich nur 1 g Antipyrin nahm. Es kostete mich grosse Ueberwindung, nachdem ich mir gesagt hatte, dass es sich um Abstinenzerscheinungen handeln müsse, auf das Antipyrin zu verzichten. Doch setzte ich es durch und in acht Tagen war Alles überwunden, und seit der Zeit bin ich von Ischias und diesen unangenehmen Zufällen gänzlich verschont geblieben.

Unter dem 23. Mai richtete ich ein sehr höfliches Circular an die hiesigen Apotheker, in welchem ich sie in meiner Eigenschaft als Amtsarzt ersuchte (unter Auseinandersetzung der Gründe) »Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin« nicht mehr ohne schriftliche ärztliche Ordination abzugeben. Ich hatte allen Grund anzunehmen, dass es bei den Apothekern Nürnbergs nur dieser freundlichen Mahnung bedürfe, um dem gefährlichen Unfug zu steuern. Wie sehr ich damit im Recht war, hier warnend einzutreten, mag daraus hervorgehen, dass die Beachtung dieser Mahnung einzelnen Geschäften täglich 4—6 M. Einnahme entzog! Vor 5 Wochen erhielt ich anonym Nr. 45 der »Süddeutschen Apothekerzeitung« zugesandt, in der ein Artikel »Aus Luzern« enthalten war, in welchem von meinem Circular in ganz entstellter und unwahrer Weise berichtet und zuletzt die Frage gestellt wird, »ob überhaupt ein Bezirksarzt die Befugniss hat, gegenüber den Reichs- und Landes-Verordnungen für seinen Bezirk eigene Gesetze zu machen«. Der hiesige Apotheker-Verein, dem mit einer einzigen Ausnahme alle hiesigen Apotheker angehören, hat darauf in Nr. 49 derselben Zeitung eine Berichtigung erscheinen lassen, in welcher jener erste Artikel einfach richtig gestellt wird!

Man sieht wohl daraus, dass selbst bei gutem Willen der Herren Apotheker nicht viel zu machen ist, denn die Redaction der genannten Zeitung sagt in ihrer Nachschrift zu der Berichtigung: »Die Herren Einsender sind in der Sache zu sehr Parthei, als dass wir deren Verdikt als berechtigt anerkennen.« (!!!)

Nimmt man noch dazu, dass man Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin (in neuerer Zeit kommt auch noch Sulfonal dazu!) sicher auch in Droguerien bekommen kann, so erhellt erst recht, wie nothwendig es ist, dass, wie Herr Seifert bemerkt, hier allgemeine Bestimmungen von Seite des Staates erlassen werden. Im Grunde ist diese Calamität dem publicistischen Bemühen der Fabrikanten zu verdanken, welche natürlich ihren Präparaten die denkbar möglichste Verbreitung zu geben wünschen!

(Aerztliche Reclame.) Ein Freund unseres Blattes in Frankfurt a./M. überschickt uns nachstehendes Circular eines dortigen »Collegen«, das wohl verdient, etwas tiefer gehängt zu werden: »Frankfurt am Main, im November 1888. Ecke Humboldtstrasse 14 u. Oberweg 23. P. P. Zweck's Ausübung der ärztlichen Praxis, habe ich mich hier niedergelassen, und beehre mich desshalb, Ihnen meine ärztlichen Dienste, gestützt auf 30jährige ärztliche Thätigkeit und Erfahrung, zu empfehlen. Für meine Bemühungen beanspruche ich mässige Vergütung; auch bin ich zum Abschluss von Verträgen mit einzelnen Herren, Damen, Familien, Corporationen, Vereinen, Hospitälern etc. gern bereit. Hochachtungsvoll und ergebenst Dr. med. Achenbach, Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer.«

(Immisch's Metallthermometer.) Das Maximumthermometer gehört nächst dem Stethoskop zu den unentbehrlichsten, seiner grossen Zerbrechlichkeit halber aber auch zu den kostspieligsten Instrumenten des Arztes; ein Thermometer, welches den letzteren Uebelstand vermeidet, — und dem oben genannten kommt dieser Vorzug in der That zu — ist daher als ein grosser Fortschritt zu begrüssen. I.'s Metallthermometer hat die Form einer kleinen Taschenuhr; seine Construction beruht auf dem Princip der Bourdon'schen Röhre. Eine sehr elastische Röhre ist spiralförmig gebogen und mit einer in der Wärme sich ausdehnenden Flüssigkeit angefüllt. Dehnt sich die Flüssigkeit aus, so zwingt sie das freie Ende der Röhre zu einer Curvenbewegung, welche, durch Rad- und Triebsystem vergrössert, vermittelst des Zeigers sichtbar gemacht wird. Das Thermometer ist wasserdicht und kann durch desinficirende Flüssigkeiten gereinigt werden; es ist nicht zerbrechlich, kann übrigens bei eingetretenen Beschädigungen leicht reparirt werden. Im Winter ist es nothwendig, um zu starke Abkühlung der Achselhöhle durch das Metall zu vermeiden, das Thermometer vorzuwärmen, was in warmem Wasser, an der Lampe, im Ofen oder im Bett des Patienten leicht geschieht. Bei Berücksichtigung dieser Cautele sind die Angaben sehr zuverlässige. Das uns vorliegende Exemplar, in Silber solid und gefällig gearbeitet, hat sich im Gebrauche sehr gut bewährt. Niederlagen befinden sich in München bei H. Katsch und bei Gebr. Steppacher.

Therapeutische Notizen.

(Einstäubung von Calomel in's Auge bei innerlichem Jodgebrauch.) Rabl weist nach, (Therap. Mon. Nr. 6) dass, entgegen der Behauptung Hirschberg's, die örtliche Anwendung von Calomel auf die Bindehaut bei innerlicher Darreichung von Jod, entschieden schädlich wirkt. Sobald eine einigermaassen beträchtliche Jodmenge gegeben wird — es genügt schon 1 g Jodkali pro die — wird kein Quecksilberpräparat auf der Conjunctiva vertragen, sondern es bildet sich ätzendes Jodquecksilber. Der von Hirschberg verwendete Jodeisensyrup enthält eben zu wenig Jod, um eine derartig schädlich wirkende Verbindung auftreten zu lassen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 18. December. Eine Anzahl von israelitischen Studirenden der Medicin in Würzburg richteten an das k. Cultusministerium die Bitte, es möge verfügt werden, dass für die orthodox-israelitischen Candidaten der ärztlichen Prüfung diejenigen Theile eines Prüfungsabschnittes, in welchen sie genöthigt sind, zu schreiben oder eine Section zu machen oder ein Präparat anzufertigen oder eine Operation auszuführen, nicht an einem Samstag oder israelitischen Feiertag abgehalten werden. In Verbescheidung dieses Gesuches wurden die HH. Prüfungsvorsitzenden, unter Hinweis darauf, dass den Israeliten eine Thätigkeit der angegebenen Art am Sabbat und an jüdischen Feiertagen durch ihre Religionsgesetze untersagt und die Freiheit des Gewissens ein verfassungsmässig gewährleistetes Recht jedes Staatsbürgers

ist, angewiesen, den in dieser Richtung hervortretenden Wünschen israelitischer Prüfungscandidaten Rechnung zu tragen und auch die Examinatoren in gleichem Sinne zu verständigen.

— Am 12. December beging der Generalstabsarzt der preussischen Armee, Leibarzt weiland Kaiser Wilhelm's I, Geheimrath Excellenz Prof. Dr. Gustav Adolf v. Lauer, sein 60jähriges Dienstjubiläum. Dasselbe gestaltete sich zu einem hohen Ehrentage für den allgemein beliebten Jubilar.

— Namens des Reichsgesundheitsamtes haben im Laboratorium dieser Behörde der Chemiker Dr. Heyroth und der Stabsarzt Dr. Riedel Untersuchungen des künstlichen Eises auf seinen reinen Zustand angestellt. Aus diesen Untersuchungen, welche jetzt zum Abschlusse gelangt sind, geht hervor, dass bei der Herstellung des Kunsteises nicht immer mit der Sorgfalt, welche die öffentliche Gesundheitspflege erheischt, vorgegangen wird. Das Kunsteis erwies sich durchweg weniger reinlich, als das Natureis. Die Untersuchung auf Bacterien wies aus, dass zur Herstellung von Kunsteis oft Wasser verwendet wird, das den Anforderungen der Hygiene durchaus nicht entspricht. Dieses Wasser wird überdies bei der Ueberführung zu Eis leicht noch doppelt verunreinigt, indem einmal aus den Flüssigkeiten, die zur Kälteerzeugung verwandt werden, unreine Stoffe, sodann von den Maschinen Rost und Schmiere in das Kunsteis hineingelangen. Heyroth und Riedel verlangen nun auf Grund ihrer Erfahrungen, dass die Hygiene-Gesetzgebung dem Kunsteis ihr Augenmerk zuwende und schlagen in diesem Sinne 2 Anordnungen vor: Zunächst soll bestimmt werden, dass zur Herstellung von Kunsteis nur solches Wasser verwandt werden darf, das gesetzlich als Trinkwasser anzusehen ist und ferner soll eine Controle des Kunsteises, das öffentlich feilgeboten wird, eingerichtet werden, ähnlich der Milchcontrole.

— Prof. Billroth wurde an Stelle Bamberger's zum Präsidenten der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien erwählt.

— Zu Neujahr tritt der Begründer und Redacteur der »Wiener med. Wochenschrift« Dr. Leopold Wittelshöfer, wegen Kränklichkeit und hohen Alters von der Leitung seines Blattes zurück, und ist dasselbe in den Besitz der Buchhandlung von Moritz Perles übergegangen; die fernere Redaction dieser Zeitschrift wurde Herrn Dr. Heinrich Adler in Wien übertragen.

— Prof. Metschnikow tritt von der Leitung der bacteriogischen Station in Odessa zurück.

— Dr. Hünerfauth in Homburg, der sich durch seine zahlreichen gediegenen Arbeiten auf dem Gebiete der Massage rühmlichst bekannt gemacht hat, wird von jetzt ab Curse der Massage für Aerzte abhalten.

(Universitäts-Nachrichten.) München. Die Frequenz der medicinischen Facultät beträgt im laufenden Winter-Semester 1175 Studirende (gegen 1115 im Winter 1887/88), darunter 608 Bayern und 667 Nichtbayern. — Würzburg. Die Frequenz der medicinischen Facultät beträgt im laufenden Winter-Semester 967.

(Todesfall.) In Jena starb der Hof- und Universitätsmechaniker Dr. Carl Zeiss, rühmlichst bekannt als Fabrikant vortrefflicher Mikroskope.

Am 16. ds. starb in Marburg der dortige Professor der chirurgischen Klinik, Geheimrath Dr. Wilhelm Roser. R. gehörte zu den angesehensten älteren Chirurgen Deutschlands. Am 26. März 1817 zu Stuttgart geboren, studirte er in Tübingen, wurde daselbst im Jahre 1841 Privatdocent der Chirurgie und im Jahre 1850 Professor in Marburg, wo er seitdem mit dem grössten Erfolge wirkte. Unter seinen zahlreichen Schriften sind insbesondere seine »Anatomische Chirurgie«, die 8 Auflagen erlebte. die »Allgemeine Chirurgie« und das »Chirurgische Vademecum« zu nennen.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Titelverleihung. Dem I. Assistenzarzte der Kreisirren-Anstalt Werneck wurde der Titel eines k. Oberarztes verliehen.

Functionsübertragung. Den praktischen Aerzten Dr. Friedrich August Geiss zu Annweiler, Dr. Franz Demetz in Dahn und dem Dr. Th. Heinrich in Nordhalben ist die bezirksärztliche Stellvertretung an den dortigen Amtsgerichten übertragen worden. Dem II. Assistenzarzte an der Kreisirrenanstalt Deggendorf, Dr. Carl Link, wurde die gleiche Function an der Kreisirrenanstalt Bayreuth übertragen.

Verzogen. Dr. Ludwig Wiemuth von Hassfurt nach Berlin; Dr. Schindhelm von Schweinfurt nach Münchberg; Dr. A. Schütz von Posten, B.-A. Landshut nach Osterhofen, B.-A. Vilshofen.

Beförderungen. Zu Assistenzärzten II. Cl. Unterarzt Dr. Adolf Dieudonné im 1. Chev.-Reg., dann in der Reserve die Unterärzte Johann Hauschildt (I. München), Dr. Joseph Ruland (Nürnberg) und Dr. Heinrich Thomas (Würzburg).

Gestorben. Dr. Anton Hülburger, bezirksärztlicher Stellvertreter zu Aub, B.-A. Ochsenfurt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 49. Jahreswoche vom 2. bis 8. December 1888.

Brechdurchfall 17 (18*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 78 (95), Erysipelas 15 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 6 (3), Kindbettfieber 2 (2), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 147 (141), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum — (1), Parotitis epidemica 10 (5), Pneumonia crouposa 20 (24), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 27 (29), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 29 (28), Tussis convulsiva 19 (19), Typhus abdominalis 3 (5), Varicellen 30 (31), Variola, Variolois — (—). Summa 404 (418). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 49. Jahreswoche vom 2. bis incl. 8. December 1888.

Bevölkerungszahl 275,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 7 (8), Scharlach 1 (3), Diphtherie und Croup 13 (9), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus 1 (2), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 142 (151), der Tagesdurchschnitt 20.3 (21.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 26.9 (28.6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 19.3 (17.6), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15.7 (15.0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Ahlfeld, Ueber bisher noch nicht beschriebene intrauterine Bewegungen des Kindes. — Demonstration eines Uterus mit Placenta praevia. S.-A.: Verhand. d. Ges. f. Gyn. 1888.

— —, Die Erfolge der Antiseptik in der Geburtshülfe. S.-A.: Centr. f. Gyn. Nr. 46, 1888.

— —, Die Marburger Hebammentasche. S.-A.: Deutsche med. W. Nr. 47, 1888.

Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung vom Jahre 1887.

E. Angerstein & G. Eckler, Haus-Gymnastik für Mädchen und Frauen. Mit vielen Holzschnitten. Berlin, 1888. 3 M.

Bardenheuer, Prof. Dr., Die permanente Extensionsbehandlung. Mit 216 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart, 1889. 24 M.

Dr. G. Beck's Therapeutischer Almanach. 16. Jahrg. 1889. I. Sem. Bern, 1889. 1 M.

Deutsche Chirurgie. Lieferung 6. Stuttgart, 1889. 3 M. 60 pf.

Deutschmann, Prof. Dr. R., Ueber die Ophthalmia migratoria (sympathische Augenentzündung). Hamburg, 1889. 6 M.

Gottstein, Dr. J., Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffectionen. Wien, 1888.

Kollmann, Dr. Oscar, Die Behandlung des Knochenfrasses (Caries) auf nicht operativem Wege. Neuwied, 1889. 2 M.

Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 325, 326, 327. Leipzig, 1888.

Stille, Dr. med., Die Bevölkerungsfrage in alter und neuer Zeit. Neuwied, 1889. 2 M.

Cornet, Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers. S.-A.: Z. f. Hyg. Bd. V.

— —. Ueber das Verhalten der Tuberkelbacillen im thierischen Organismus unter dem Einfluss entwickelungshemmender Stoffe. S.-A.: Z. f. Hyg. Bd. V.

Wiedersheim, Zur Urgeschichte des Beckens. S.-A.: Ber. d. Naturf. Ges. in Freiburg i. B. Bd. IV. H. 3.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.